UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1914. — N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE dans l'Éclampsie Puerpérale

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 23 juin 1914

PAR

Émile POUGET

INTERNE DES HÔPITAUX

PRÉPARATEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

né à Salles-la-Source (Aveyron), le 21 Juillet 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *professeur de Clinique obstétricale* ..... PRÉSIDENT.

HÉRAIL, *professeur de Matière médicale et de Thérapeutique* ..... } JUGES.

SOULIÉ, *professeur de Pathologie générale et Microbiologie* ..... } JUGES.

FUSTER, *chargé des fonctions d'agrégé* ..... } JUGES.

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

dans l'Éclampsie Puerpérale

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1914. — N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

dans l'Éclampsie Puerpérale

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 23 juin 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Émile POUGET

INTERNE DES HÔPITAUX

PRÉPARATEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

né à Salles-la-Source (Aveyron), le 21 Juillet 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *professeur de Clinique obstétricale* ..... PRÉSIDENT.

HÉRAIL, *professeur de Matière médicale et de Thérapeutique* ..... } JUGES.

SOULIÉ, *professeur de Pathologie générale et Microbiologie* ..... } JUGES.

FUSTER, *chargé des fonctions d'agrégé* ..... } JUGES.

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1914

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (✻, I. ✻).
ASSESSEUR		TRABUT (✻, I. ✻, O. ✻).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✻).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✻).
Physiologie		REY (✻, I. ✻).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✻)
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✻).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻, I. ✻).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✻.
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻, I. ✻).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✻).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✻, ✻).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✻).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✻).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✻, I. ✻, O. ✻).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✻).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✻).
Histologie		ARGAUD (I. ✻).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✻).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✻).
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✻).
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✻). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✻).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD
Section de chirurgie		LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon Frère, le Docteur Léon POUGET

A mon cher ami, le Docteur Louis JULIEN

Témoignage de bien vive reconnaissance et en souvenir de notre passage comme interne dans son service.

(*Infirmerie et Dispensaire de la Ville d'Alger*)
1911-1912

A mon Maître

Monsieur le Professeur Jules ROUVIER

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine d'Alger
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse et de très vive gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné, pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour l'appui que nous avons toujours trouvé près de lui.

A Monsieur le Professeur SOULIÉ

Professeur de microbiologie et pathologie générale

qui a bien voulu nous admettre comme élève et comme préparateur dans son laboratoire.

A mes Juges :

Monsieur le Professeur HÉRAIL

Professeur de matière médicale et de thérapeutique

Monsieur le Docteur FUSTER

Chargé des fonctions d'agrégé

A mes Maîtres d'Internat et d'Externat
dans les Hôpitaux

MM. ROUVIER, Professeur de Clinique obstétricale.

CANGE, Professeur de Clinique ophtalmologique.

CRESPIN, Professeur d'hygiène, Médecin des Hôpitaux.

ARDIN-DELTEIL, Professeur de Clinique Médicale.

SABADINI, Chirurgien des Hôpitaux.

COCHEZ, Chirurgien des Hôpitaux.

H. ABOULKER, Oto-rhino laryngologiste des Hôpitaux.

E. BENHAMOU, Médecin des Hôpitaux.

AUBRY, Médecin des Hôpitaux.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger

A mon ami, le Docteur H. VIVIEN

dont j'ai toujours apprécié la sincère et solide amitié. Témoignage de bien vive affection.

A tous mes Amis

INTRODUCTION ET PLAN

Pendant notre séjour comme stagiaire d'abord, puis comme interne à la Maternité d'Alger, nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'éclampsie puerpérale, et de voir les excellents résultats du traitement préconisé par notre Maître, M. le Professeur Rouvier, dont nous reproduisons fidèlement les doctrines dans ce travail. Nous avons retrouvé, chez toutes ces malades, un symptôme constant dont la recherche quotidienne nous paraît indispensable pour suivre la marche de la maladie, pour en prévoir les complications, pour se rendre compte des effets du traitement.

Ce symptôme constant c'est l'hypertension artérielle qui, dans l'éclampsie, constitue un facteur important de diagnostic d'abord puis de pronostic.

Sur les conseils de notre Maître, nous avons résolu de consacrer notre travail inaugural à un essai de mise au point sur les variations de la pression artérielle, au cours de l'éclampsie puerpérale, traitée par la morphine, les grands lavages et l'helmitol, thérapeutique qui a aujourd'hui fait ses preuves et qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

Les observations qui servent de base à notre modeste travail ont été prises, pour la plupart, par nous, au cours de nos années d'internat à la clinique obstétricale ; les autres ont été prises par nos excellents camarades d'internat, MM. les docteurs Bardy, Bit, Lemoine ; qu'ils

veuillent bien trouver ici l'assurance de nos bien sincères remerciements.

Nos remerciements iront aussi à Mlle M. Vandomber, Maîtresse sage-femme de la Maternité d'Alger, qui a bien voulu nous assister auprès des malades de la clinique obstétricale et effectuer pour nous des recherches dans les archives du service confiées à ses soins.

Dans toutes nos observations, la mesure de la tension artérielle a été faite à l'aide de l'oscillomètre de Pachon qui permet de mesurer rapidement et simplement, d'une façon très exacte, non seulement la tension artérielle maximum ou tension systolique, mais aussi la charge constante que supportent les artères, tension minimum ou diastolique.

Ces deux chiffres Mx et Mn, donnent par différence le PD Pùldruck qui est proportionnel à la puissance cardiaque

$$PD = Mx - Mn$$

Les travaux récents de Gallavardin, Pachon, Josué et de Martinet ont bien montré, en effet, qu'il était indispensable, pour se rendre compte du degré d'hypertension, de connaître la valeur de la pression diastolique.

Comme le fait remarquer Martinet (1) : « Tandis qu'une « pression maxima élevée ne traduit pas nécessairement « un état pathologique, et peut être, dans des conditions « parfaitement normales l'expression simple des systoles « vigoureuses d'un cœur énergique ou peu ménager de « son travail, une pression minima élevée traduit tou- « jours au contraire un état d'hypertension réelle, im- « posant au cœur un effort extra-physiologique pour

(1) Martinet, *Pressions artérielles et viscosité sanguine* (Paris, 1913, p. 75).

« accomplir sa fonction évacuatrice ; c'est-à-dire assurer « l'efficacité de sa systole ».

La pression maxima dont on doit tenir compte est celle que l'on lit sur le manomètre, au moment de la pulsation différenciée qui marque l'entrée dans la zone des oscillations croissantes. La pression minima, au contraire, correspond à la première oscillation de l'appareil qui, plus faible, succède aux grandes oscillations. Ce point de technique doit être toujours présent à l'esprit pour éviter des erreurs d'interprétation.

Dans un premier chapitre, nous exposerons rapidement les variations de la tension artérielle, au cours de la grossesse normale et des toxémies gravidiques, au cours du travail et des suites de couches ; nous étudierons ensuite la tension artérielle dans l'éclampsie puerpérale confirmée, puis nous ferons un essai de pathogénie de l'hypertension qu'on y rencontre, et nous passerons en revue les accidents et les lésions que cette hypertension peut produire.

Enfin, nous examinerons l'influence du traitement rationnel de l'éclampsie employé à la Maternité d'Alger, sur les variations de la tension artérielle.

Avant de commencer, il nous reste un devoir bien agréable à remplir : celui de remercier, encore une fois, ici, tous les Maîtres qui ont contribué à faire notre éducation médicale, nous nous efforcerons toujours de rester dignes de l'amitié qu'ils nous ont prodiguée sans cesse.

Nous ne formulerons qu'un regret c'est de quitter si tôt nos bons camarades et amis, fidèles compagnons de la salle de garde, MM. les docteurs Vivien, Duboucher, Derrieu, Vogt, Saracino.

CHAPITRE Ier

I. — Exposé général et rapide de la tension artérielle au cours de la grossesse normale, du travail et des suites de couches.

L'étude des variations de la tension artérielle, au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches, physiologiques ou pathologiques, a fait l'objet de nombreuses recherches, surtout depuis les travaux de Vaquez et Nobécourt, en 1897.

Mais les recherches entreprises par les différents auteurs, avant ces dernières années, à l'aide des instruments successivement découverts pour la mesure de la pression artérielle, peuvent donner matière à discussion et conduisent à des résultats très variables, en raison du peu de perfection des appareils employés et aussi, il faut bien l'avouer, du peu d'habitude qu'avaient les accoucheurs à manier les instruments des physiologistes.

Les premiers appareils employés par Louge (1) furent : le sphygmographe, qui traduisait simplement la forme de la pulsation, puis le sphygmomanomètre de Marey, qui faisait connaître, approximativement, l'état de la tension.

Plus tard, Potain apporta plus de précision à cette étude, grâce à l'invention du sphygmomanomètre qui porte son nom. Mais, de l'avis de Potain (2) lui-même,

(1) Louge (Thèse Paris, 1886).

(2) Potain, *Archives de Physiologie* (1890).

les indications de son appareil ne présentent qu'une approximation de un à deux centimètres en plus d'un coefficient d'erreur personnelle appréciable.

Les seules évaluations de la pression qui soient comparables entre elles sont celles qui ont été faites avec les nouveaux appareils de mesure, le sphygmotensiomètre de Gros, le sphygmosignal de Vaquez ou mieux l'oscillomètre de Pachon, qui donnent, s'ils sont maniés avec soin, les mêmes résultats à tous les expérimentateurs.

En 1886, Louge (1), dans sa thèse, conclut, à la suite de mesures faites avec le sphygmographe de Marey, que le pouls ne subit pas de grandes modifications pendant la grossesse, contrairement à l'opinion des premiers expérimentateurs, Meybourg, Macdonald, qui admettaient l'existence d'une hypertrophie du cœur pendant la grossesse. Cette hypertrophie portait surtout, d'après les auteurs, sur le ventricule gauche et retentissait sur la circulation générale par une élévation de pression dans les artères, élévation persistant pendant les suites de couches et malgré la fièvre.

Les résultats de Louge furent confirmés, d'abord, par Véjas puis, par Vinay, dans son « Traité des maladies de la femme enceinte ». Les recherches, plus précises, de Vaquez et Millet, au moyen de l'appareil Potain, en 1898, leur montrèrent qu'au cours de la grossesse normale, la tension reste normale, que toute élévation de la tension relève d'un état pathologique.

Au Congrès de Médecine de 1900, Queirel et Raynaud (2), apportant cinquante tracés de tension artérielle

---

(1) Louge (Thèse de Paris, 1886).

(2) Queirel et Raynaud, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (août 1900, p. 64).

au cours de grossesses normales, font même remarquer que, vers la fin de la grossesse, vers le milieu du huitième mois, on remarque une tendance à l'hypotension en rapport, disent-ils, avec l'augmentation de volume de l'abdomen. La tension augmente ensuite progressivement au moment du travail, elle devient maximum au moment de l'expulsion fœtale, après dilatation complète ; plus le travail est rapide, plus l'hypertension est marquée. Puis, chute assez brusque de la tension, après la sortie du fœtus, suivie d'une nouvelle élévation correspondant à l'expulsion des annexes.

Après la délivrance, ils constatent un abaissement de la tension qui varie avec la quantité de sang perdue ; puis retour à la normale.

Bouchard et Balthazar ont fait des constatations analogues. Pour Pflügbeil et Schrœder, au contraire, une hypertension légère est la règle au cours de la grossesse normale, avec augmentation sous l'influence du travail, et pendant la période d'expulsion ; puis, chute progressive de la tension après la naissance, nouvelle élévation au moment de la délivrance ; quelques heures après celle-ci, retour à la normale, définitif après quelques oscillations.

En 1906, Vaquez (1) revient sur cette importante question et conclut que la grossesse normale évolue sans beaucoup retentir sur la pression artérielle. Il admet l'existence d'une hypertension du travail : hypertension d'effort au moment des douleurs, hypertension qu'il est assez difficile de préciser, en raison de l'indocilité des parturientes au moment des contractions utérines douloureuses. C'est là un phénomène physiologique. Pendant

(1) Vaquez, *Bulletin de la Société d'Obstétrique* (Paris, avril 1906).

les pauses, la tension redescend au voisinage de la normale. Si les douleurs sont fréquentes, la tension reste haute, la courbe qui la représente formant un plateau.

Ces conclusions, résumées, sont celles qu'admet Chirié (1), dans sa thèse en 1907, contribuant à faire rejeter l'hypothèse d'une hypertension gravidique constante, hypothèse intervenue pour expliquer l'hypertrophie du cœur gauche, au cours de la grossesse normale (Théorie de Larcher). Cette hypertrophie du cœur gauche n'est plus admise aujourd'hui, après les recherches de Letulle Vaquez, Millet. On admet, au contraire, une légère dilatation du cœur droit (Wiesner, Bar).

Pour M. Bar : « Dans la grossesse normale, la femme « qui reçoit un régime où les chlorures ne sont pas en « excès et qui ne présente pas de tare rénale, a certaine- « ment une tension normale » (2).

Les nombreuses recherches récentes des différents auteurs : Blain (3), Bruslon (4), Pélissier (5), les quelques mesures que nous avons faites nous-mêmes, tous les jours, pendant les mois d'avril et mai, au pavillon Dubois, confirment cette proposition.

La tension artérielle chez les femmes, en dehors de la grossesse, est variable avec chacune d'elles.

Martinet donne, comme moyenne, 13 pour la tension maxima, 8 pour la tension minima. Lian : 16 pour la maxima, 8 pour la minima.

Pour Pélissier, la tension moyenne serait 14-8.

Des quelques recherches que nous avons faites, il nous

---

(1) Chirié (Thèse de Paris, 1907).

(2) Bar, *Leçons cliniques* (t. II).

(3) Blain (Thèse Paris, 1908).

(4) Bruslon (Thèse Paris, 1912).

(5) Pélissier (Thèse Paris, 1913).

semble résulter que ces chiffres sont, en général, un peu forts. Pendant les premiers mois de la grossesse, la tension artérielle chez la femme ne varie pas ou varie peu ; elle présente quelques oscillations au moment des périodes qui correspondent à ses époques menstruelles.

Au voisinage du terme, au contraire, à partir de la fin du huitième mois, l'hypotension nous a semblé être la règle générale. La tension artérielle, *prise le matin au lit, après un repos prolongé*, oscillait entre 11 et 13 pour le maximum, 5 et 7 pour le minimum, chez la plupart des parturientes. Cette notion du moment où l'on prend la tension est des plus importantes. *Pour avoir des résultats comparables, on doit faire ses mesures toujours dans les mêmes conditions, et à peu près aux mêmes heures.*

Nous avons constaté, quelquefois, des écarts de deux ou trois centimètres, occasionnés par une simple petite promenade, ou par l'absorption de quelques aliments. Cependant, ces écarts de tension physiologiques n'amènent pas des chiffres dépassant 15 pour le maximum et 8 pour le minimum.

L'hypotension est, pour nous, la règle dans les derniers mois de la grossesse, nous l'avons presque toujours constatée même chez des parturientes qui présentaient au cœur un léger éclat aortique ayant éveillé notre attention.

Une seule de nos malades (Ob. XII, 1474, S. II) présentait une tension moyenne de 15-8, l'auscultation du cœur, l'examen fonctionnel des reins n'ont rien révélé d'anormal. Cette femme présentait une dermatose gravidique, manifestation d'une très légère auto-intoxication qui retentissait peut-être sur ses glandes vasculaires sanguines régulatrices du tonus vasculaire.

Toute parturiente qui, au voisinage du terme, présentera une hypertension durable au-dessus de 15-8, devra

être suivie de très près, pour éviter les accidents graves que cette hypertension peut provoquer à elle seule et dont nous rapportons un exemple dans un chapitre suivant (Observ. XIII, 1484, S. II) : crise d'œdème suraigu du poumon chez une femme enceinte, au voisinage du terme et ne présentant aucune affection cardiaque ni rénale.

Dans les quelques jours, puis les quelques heures qui précèdent le début du travail, on peut constater des oscillations très légères de la tension maximum et minimum et, dès les premières contractions douloureuses, une élévation de tension que l'on appréciera par comparaison avec celle des jours précédents.

Pendant la période de dilatation, la pression artérielle augmente très légèrement, mais c'est surtout après la dilatation complète, au moment des violents efforts d'expulsion, que l'augmentation est appréciable. La pression différentielle reste à peu près constante. C'est là un phénomène physiologique : Hypertension à l'effort. (Hallion et Comte) (1).

C'est au moment même de la contraction utérine, qui contribue à favoriser l'expulsion du mobile fœtal, que l'on constate la plus haute tension artérielle, 16 à 18 pour la tension maximum. Entre les douleurs, au contraire, il y a abaissement momentané.

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, la tension redevient presque normale ; puis se relève légèrement, au moment de l'engagement du placenta.

Après la délivrance, pendant les suites de couches, on constate, dans les premiers jours, une période d'oscillations avec poussée d'hypertension légère au moment de

---

(1) Hallion et Comte, *Tension artérielle dans l'effort*, Société de Biologie (1896).

la montée de lait (hypertension relative de la tension maxima), qui persiste vingt-quatre à quarante-huit heures (Audebert et Etchevers) (1).

En général, huit à dix jours après la délivrance, si les suites de couches ont été physiologiques, la pression artérielle a repris sa valeur primitive : 12-13 pour le maximum, 7-8 pour le minimum.

II. — Tension artérielle dans les troubles pathologiques de la grossesse.

A. *Albuminurie gravidique*

L'albuminurie gravidique n'est pas une maladie, c'est un syndrome clinique qui traduit un état pathologique de l'organisme gravidique.

Elle peut paraître une expression de certains troubles provoqués par des états physiologiques : gros œuf, grossesse gemellaire ou pathologiques, hydramnios, etc., mais, alors, il y a simplement coïncidence de l'albuminurie avec l'un de ces états.

Lorsqu'il y a coïncidence de l'albuminurie avec ces états, le syndrome urinaire traduit en réalité à l'extérieur un trouble pathologique qui peut avoir été favorisé par ces causes et être *transitoire ou permanent.*

Une alimentation vicieuse, dans un ou plusieurs repas, peut se traduire par un albuminurie *transitoire ;* mais, lorsqu'elle est *permanente,* elle est l'expression d'un trouble pathologique plus sérieux ayant intéressé le rein.

---

(1) Audebert et Etchevers, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (octobre 1913) ; Etchevers (Thèse de Toulouse, 1913).

Que le rein soit atteint ou non, avec ou sans existence de lésions organiques, l'albuminurie est l'expression d'une toxémie gravidique.

Mais on peut aussi retrouver chez la femme enceinte des albuminuries liées à certains états pathologiques, évoluant pour leur propre compte, parallèlement à la grossesse (albuminuries passagères au cours d'une infection légère, albuminurie des prétuberculeuses ; albuminuries permanentes liées à des lésions cardiaques ou rénales antérieures), comme on en observe à l'état de vacuité.

Ces albuminuries n'entrent pas dans le cadre de l'albuminurie gravidique.

De ce cadre, on doit soustraire encore celles qui ne sont pas des albuminuries pures ; celles qualifiées par Wallich (1) *albuminuries par suppuration*, caractérisées par de la pyurie, par la présence de leucocytes ou de polynucléaires, dans le culot de centrifugation. Ces albuminuries sont liées à une altération du rein ou du bassinet. Elles sont très communes (1/3 des albuminuriques d'après Wallich), et ne s'accompagnent pas de modifications de la tension artérielle.

Toutes ces albuminuries ne doivent pas rentrer dans le cadre de notre sujet, nous voulons nous occuper seulement, dans ce chapitre, des modifications de la tension dans l'albuminurie gravidique proprement dite, qui s'accompagne de phénomènes généraux constants. Parmi ces symptômes, au premier rang, on doit citer l'*œdème* qui est limité ou fugace, qui envahit peu à peu les membres inférieurs, puis les parties inférieures du corps, provoque la bouffissure au visage et donne aux malades un aspect cireux, un teint blafard si caractéristique. Rarement il

(1) Ces albuminuries ont été étudiées dans la thèse de son élève Thebault, *Albuminuries par suppuration* (Thèse Paris, 1912).

aboutit à l'anasarque, à l'ascite ou à l'hydrothorax ; avant que ces complications ne se produisent, le système nerveux est atteint, la malade présente des accidents éclamptiques.

A côté de l'œdème, qui, comme l'ont bien montré Widal (1) et ses élèves, traduit la rétention des chlorures par l'organisme malade, on rencontre, au cours de l'albuminurie gravidique, tout un cortège symptomatique qui doit toujours attirer l'attention de l'accoucheur et qui est sous la dépendance d'une auto-intoxication plus ou moins profonde. Les malades se plaignent d'une *sensation de barre au creux épigastrique* (barre de Chaussier,) de *nausées*, de *vomissements*, de *troubles oculaires* (brouillard devant les yeux, mouches volantes), de *sensation de froid*, de *bourdonnements d'oreilles*.

Un symptôme constant, c'est la *céphalée*. Céphalée violente, fixe, tenace, persistant pendant la nuit, et plus particulièrement localisée à la région frontale, qui précède souvent les accès éclamptiques.

Au cours de ce syndrome clinique de l'albuminurie gravidique, se retrouve un facteur constant dont nous voulons seulement nous occuper et qui tient, sous sa dépendance, un grand nombre des symptômes précités, c'est l'*hypertension artérielle*.

Vinay, le premier, a fait remarquer que, chez les femmes enceintes albuminuriques la tension artérielle s'élève au-dessus de la normale.

Vaquez et Nobécourt (2), en 1897, attirent l'attention sur cette hypertension qui est pour eux la règle au cours

---

(1) Widal et Lemierre, Société Médicale des Hôpitaux (12 février 1903).

(2) Vaquez et Nobécourt, Société Médicale des Hôpitaux (Paris, 29 janvier 1897).

de l'albuminurie gravidique, et qui doit faire craindre, quand elle s'exagère, le début ou le retour des accès convulsifs.

Dans leur rapport au Congrès de 1900, Queirel et Raynaud (1) font les mêmes remarques. Pour eux, quand le taux d'albumine dépasse 1 gr., la tension artérielle évolue parallèlement à la quantité d'albumine.

Pinard (2), à la même époque et au même Congrès, disait en se basant sur ses recherches personnelles : « sans « connaître les femmes, et par la simple constatation de « l'hypertension artérielle, j'ai pu toujours faire le dia« gnostic d'albuminurie ».

L'hypertension est en effet la règle au cours de l'albuminurie gravidique massive qui est la conséquence soit d'une congestion rénale liée à une toxémie, soit de la gêne pour tout autre cause de la circulation maternelle au niveau du filtre rénal.

Pour Vaquez (1906) l'albuminurie peut exister au cours de la grossesse sans que l'hypertension soit manifeste ; il a constaté d'autres fois une hypertension considérable ne s'accompagnant que de traces d'albumine dans les urines (3).

On doit se demander si d'une part les albuminuries dont il est question sont bien dues à une rétention chlorurée toxique comme celle qui constitue l'albuminurie gravidique proprement dite et si elles ne se rattachent pas à d'autres causes qu'à l'évolution seule de la grossesse.

D'autre part nous verrons plus loin que le facteur réten-

---

(1) Queirel et Raynaud, XIII[e] Congrès international de médecine obstétrique (Paris, 15 septembre 1900).

(2) Pinard, *id.*

(3) Vaquez, *Bulletin de la Société d'Obstétrique* (Paris, avril 1906).

tion chlorurée n'est pas le seul a produire l'hypertension artérielle et nous nous proposons de montrer dans un prochain chapitre qu'il existe de nombreux cas d'éclampsie confirmée qui ne peuvent trop être rattachés à une albuminurie pure. Un fait très important à noter, toutefois, c'est que toute éclampsie confirmée s'accompagne, en général, d'une hypertension artérielle notable.

Chirié (1), dans les conclusions de sa thèse, admet que « les malades présentant une albuminurie passagère ont « une tension artérielle normale, quand l'albuminurie est « durable, persistante, la tension artérielle s'élève, se « maintient en général mais non d'une façon constante « à un chiffre élevé (16, 17, 18) ; il n'y a pas de rapport « constant entre l'augmentation de l'albumine dans les « urines et l'élévation de la pression artérielle ».

Pour Bruslon (2), au contraire, il y a, dans la plupart des cas, parallélisme évident entre la tension artérielle et le taux de l'albumine :

« Ce parallélisme est surtout accusé dans les albumi- « nuries moyennes 2, 4 et 6 grammes. Au delà de ce « taux, le degré de tension ne semble pas subir un « accroissement proportionné à l'intensité de l'albumi- « nurie. »

Nous n'avons jamais trouvé, chez nos malades, que le taux de l'albumine soit en rapport quelconque avec le taux de la tension artérielle. Une de nos malades avait une tension de 26-13, avec 4 g. 25 d'albumine (Obs. XVIII, 1447 S. II) ; le lendemain, la tension baisse : 25,5-13 le taux de l'albumine augmente : 6 grammes.

Une autre malade, au contraire, avec une tension plus

(1) Chirié (Thèse de Paris, 1907, p. 195).

(2) Bruslon (Thèse de Paris, 1912, p. 41).

basse, 19-6, présentait 16 grammes d'albumine par litre (Observ. XIV, 1147, S. I) (1).

Le taux de l'albumine ne peut donc toujours servir à fixer le pronostic d'une albuminurie gravidique. Une albuminurie massive n'entraîne pas nécessairement une tension artérielle élevée et ne permet donc pas de prévoir une éclampsie imminente dans tous les cas.

Toutefois, il faut bien le reconnaître, l'hypertension est la règle au cours de l'albuminurie gravidique. Quand elle est peu accentuée (16 à 18 pour la tension maxima), elle ne s'acocmpagne pas de symptômes cliniques alarmants. Quand elle s'élève, au contraire, des accidents graves sont à craindre, accidents qui retentissent, comme nous le verrons plus loin, soit sur l'organisme maternel, soit sur l'organisme fœtal, soit à la fois sur l'un et sur l'autre.

Dans tous les cas graves, l'hypertension artérielle est un phénomène constant ; c'est elle qui doit régler la conduite à tenir. Toute femme enceinte qui présentera une élévation de sa tension artérielle au cours de sa grossesse, hypertension durable, devra être suivie de très près et être soumise de suite à un régime sévère, quelle que soit d'ailleurs la quantité d'albumine que ses urines contiennent (2).

On prescrira, tout d'abord, la diète hydrique, puis la diète lactée, ou un régime déchloruré strict, suivant les cas, en même temps que des diurétiques, l'hypertension ne s'accompagnant pas de polyurie, mais au contraire d'oligurie.

---

(1) Nous pourrions rapporter d'autres exemples empruntés aux archives de la Maternité d'Alger.

(2) Nous verrons plus loin que, dans certains cas, des crises d'éclampsie peuvent survenir chez des femmes dont les urines sont normales, mais que l'hypertension, au contraire, est la règle dans la période prééclamptique.

Sous l'influence de ce traitement, la tension artérielle baisse graduellement, en même temps que le taux des urines augmente et que la quantité d'albumine qu'elles renferment diminuent.

Toute nouvelle poussée hypertensive légère, mais persistante, au cours de ce traitement, *ne s'accompagnant pas d'autres phénomènes morbides*, devra faire prévoir, comme l'a fait remarquer notre Maître, M. le Professeur Rouvier, un travail prochain qui, en général, aboutira à l'expulsion du fœtus dans les quarante-huit heures qui suivront (Observ. 1447 S. II).

Au cours du travail, on note, de plus, une hypertension passagère, comme dans tout accouchement normal. Lorsque cette hypertension augmente subitement à cette période et dépasse les limites maxima de l'hypertension physiologique, il faut redouter l'apparition prochaine de crises convulsives.

Dans les suites de couches, la tension artérielle revient assez rapidement à la normale, en même temps que le taux de l'albumine des urines s'abaisse brusquement. L'expulsion du produit de la conception, qui succombe souvent au cours de la maladie quand la tension artérielle est très élevée, paraît avoir une influence favorable et déterminer la guérison rapide de l'albuminurie (Savelli) (1).

Si, au contraire, après l'accouchement, la pression se maintient élevée, elle peut conduire à des accidents convulsifs post-partum qui sont toujours des plus graves.

La guérison ne pourra être considérée comme certaine et définitive tant que persistera l'hypertension artérielle et les troubles généraux qu'elle tient sous sa dépendance.

Si un régime sévère ne suffit pas à enrayer ces acci-

(1) Savelli (Thèse de Montpellier, 1903).

dents, on devra instituer une thérapeutique plus énergique : lavages d'estomac entéroclyse ; injection de morphine, même à titre préventif, si une agitation insolite de la malade, accompagnée d'autres symptômes caractéristiques, font redouter l'apparition prochaine d'une crise d'éclampsie (Voir Observ. XV, 793, S. II).

B. — *Toxémies gravidiques. Vomissements incoercibles*

L'albuminurie gravidique est une manifestation clinique d'une toxémie gravidique à marche plus ou moins rapide qui traduit des perturbations fonctionnelles du côté des reins. Mais, à côté de ces lésions rénales, la toxémie gravidique pourra retentir sur les autres parties de l'organisme et provoquer des lésions du foie et des autres glandes vasculaires sanguines. Ces modifications du foie qui, comme nous le verrons, sont constantes dans l'éclampsie confirmée, sont consécutives à l'accumulation dans la glande hépatique des substances toxiques (ptomaïnes en particulier, venant de l'intestin par la veine porte, qui sert de déversoir aux chylifères intestinaux). L'insuffisance hépatique sera donc la première en date et pendant cette période prodromique d'une toxémie grave en évolution, on pourra ne pas constater d'albuminurie et constater cependant, des modifications de la pression artérielle, par suite des altérations fonctionnelles secondaires des différents systèmes de l'économie, se traduisant par une hypo ou une hyperactivité secrétoire.

Dans certaines toxémies, on devra admettre une suractivité momentanée des glandes vasculaires sanguines et des capsules surrénales en particulier, analogue à celle qui accompagne les intoxications lentes ; d'autres fois, au

contraire, les capsules surrénales pourront être frappées d'hypofonctionnement, conséquence d'une hypo-épinéphrie par lésions destructives toxiques comme dans les infections ou intoxications aiguës (1). (L. Bernard, Bigard (2).

Dans les vomissements incoercibles qui traduisent une réaction de défense de l'organisme vis-à-vis d'une auto-intoxication gravidique précoce, l'hypotension artérielle est la règle et tous les accoucheurs connaissent les bons résultats de l'opothérapie surrénale et surtout de l'administration d'adrénaline au cours de la maladie (Méthode de Robinson). La baisse progressive de la tension artérielle coïncide toujours avec une aggravation de la maladie. A la troisième période, la tension artérielle baisse jusqu'à 8 et 9 cm (tension maxima) en même temps que le pouls s'accélère et dépasse 140 (Savelli) (3).

La tension, dans les vomissements gravidiques, a été étudiée plus récemment, par Roullier (4) et par Pélissier (5), qui concluent de la même manière. Les quelques mesures que nous avons faites nous ont donné des résultats semblables.

---

(1) Nous n'insisterons pas davantage ici sur ces phénomènes que nous aurons à interpréter plus longuement dans un chapitre suivant.

(2) Léon Bernard et Bigart, *Journal de Physiologie et Pathologie générale* (novembre 1912).

(3) Savelli (Thèse de Montpellier, 1903, p. 49).

(4) Roullier (Thèse de Paris, 1912).

(5) Pélissier (Thèse de Paris, 1913).

CHAPITRE II

Tension artérielle dans l'Éclampsie confirmée

L'éclampsie, dit Cazeaux (1), « est un syndrome caractérisé par des accès convulsifs dans lesquels les muscles « de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés. »

Cette définition nous paraît incomplète, et aujourd'hui on s'entend pour désigner sous le nom d'éclampsie puerpérale un syndrome morbide qui résulte d'une intoxication profonde de l'organisme de la femme gravide ou puerpérale et dont les accès convulsifs ne sont que l'une des manifestations cliniques des plus graves et des plus fréquentes.

Les accès convulsifs peuvent cependant ne pas se manifester au cours de la maladie ; nombreux sont, en effet, aujourd'hui, dans la littérature médicale, les cas d'éclampsie sans crises.

Dans ces cas, l'éclampsie conserve en apparence, dans la période d'état, le même type d'évolution que dans la période d'invasion. Celle-ci a été décrite par le professeur Bar sous le nom d'*éclampsisme*, désignation acceptée par la plupart des auteurs, quoique impropre et semblant désigner un état pathologique distinct de l'éclampsie. Dans son enseignement clinique, M. le professeur Rouvier s'est souvent élevé contre cette manière de voir, et a fait

(1) Cazeaux, cité par Tarnier et Budin, *Traité de l'art des accouchements* (Paris, 1898, t. III, p. 690).

remarquer qu'il n'est nullement besoin de donner des noms différents aux périodes successives d'un même trouble pathologique. Sa doctrine offre l'avantage de favoriser logiquement, au point de vue de la pathogénie, de l'évolution et du traitement, des applications cliniques dont l'expérience a justifié les excellents résultats.

Sans revenir sur les différentes théories émises pour élucider la pathogénie de l'éclampsie puerpérale, nous nous bornerons à rappeler que : ce syndrome est sous la dépendance d'une toxémie, c'est-à-dire qu'elle résulte du passage dans le torrent circulatoire de substances toxiques.

C'est là l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui ; les auteurs diffèrent seulement sur l'origine de ces toxines qui peuvent être de nature très variée (lipoïdes, matières protéiques, ptomaïnes, enzymes, etc.).

Pour les uns, les poisons éclamptiques trouveraient leur origine dans les substances hémolysantes formées par le fœtus ou par le placenta et qui provoquent normalement, de la part de l'organisme maternel, la formation d'anticorps (syncitiolysines).

Un défaut d'équilibre entre ces phénomènes constants de la grossesse serait pour Veit la cause de l'éclampsie.

Pour les autres, au contraire, les poisons seraient élaborés par la femme enceinte elle-même et reconnaîtraient une origine endogène, origine intestinale surtout, en même temps qu'il se produirait une accumulation de toxines dues à une insuffisance ou à une hypersécrétion de certaines glandes vasculaires sanguines (hypophyse, surrénales, thyroïdes).

Quelle que soit l'origine des poisons qu'il contient, le sang des éclamptiques est nocif ; les expériences de Rummo, de Tarnier, de Chambrelent, de Bar, les travaux de Semb et de Graaf l'ont bien montré.

Par suite de cette toxémie se développent, plus tardivement, de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale, d'où pénétration secondaire et brusque dans la circulation des produits de destruction cellulaires.

En même temps, par suite de l'insuffisance rénale, il y a rétention de substances qui doivent s'éliminer normalement par l'urine et dont les plus communes sont les chlorures et l'urée, comme l'ont montré les travaux de Widal et ses élèves.

Cette insuffisance hépato-rénale secondaire a pour aboutissants : soit une albuminurie massive avec œdèmes, par suite de chlorurémie, soit une rétention sèche, rétention azotée qui paraît moins fréquente mais qui conduit elle aussi à des accidents convulsifs.

Les observations cliniques montrent, en effet, que l'on peut classer les éclamptiques dans deux catégories principales : les unes présentant tous les signes d'une néphrite hydropigène hypertensive avec des œdèmes considérables de grandes quantités d'albumine dans leurs urines (16 grammes et même plus), et qui peuvent présenter par la suite des accidents graves d'œdème cérébral ou d'œdème pulmonaire associés aux crises d'éclampsie.

Les autres au contraire, moins nombreuses d'ailleurs, ne présentent pas d'œdèmes, des traces d'albumine seulement dans leurs urines, mais le dosage de l'urée dans leur sérum y montre un taux d'urée bien supérieur à la normale. Ces malades font ce qu'on peut appeler de l'éclampsie sèche, par opposition à celles de la classe précédente.

Cependant, la quantité d'urée dans le sang ne pourra pas servir comme à l'état normal et, suivant la règle indiquée par Widal, à établir le pronostic.

En effet, le dosage de l'urée dans le sérum des femmes

enceintes normales montre des chiffres bien supérieurs à ceux que l'on trouve en dehors de la gestation (Bar et Javal). Quelques fois même, ce taux de l'urée varie du simple au double. Weil et Wilhem (1) ont pu trouver chez une femme enceinte en bonne santé apparente, 0,45 à 0,84 d'urée par litre, alors que le taux de l'urée normal en dehors de la grossesse oscille entre 0 gr. 25 et 0 gr. 45 environ. Les grandes azotémies gravidiques, pouvant se traduire par plus de 2 gr. d'urée par litre, sont cependant parfaitement curables. L'augmentation de l'urée dans le sang pendant la grossesse s'explique non seulement par un certain degré d'insuffisance rénale, mais aussi par ce que, comme Bar (2) l'a montré, il y a pendant la grossesse augmentation considérable des échanges et que la mère retient de l'azote dans les derniers mois de sa grossesse pour pourvoir au développement de son utérus, de ses glandes mammaires et aussi de son fœtus.

La mère donne, journellement, à son fœtus 0 gr. 945 environ de substances azotées pendant le cours des huitième et neuvième mois (J. Lemeland) (3).

Mais, le plus souvent, chez la même malade, se rencontrent à la fois la rétention chlorurée et la rétention azotées accompagnées chacune de leur symptômatologie propre, et qui sont la conséquence du retentissement sur le foie et sur le rein de la toxémie gravidique.

Quelle que soit la forme clinique d'éclampsie à laquelle nous avons à faire, qu'elle survienne au cours de la grossesse, au moment du travail, ou dans le post partum, un symptôme clinique constant domine la scène avec les

(1) Weil et Wilhem, *L'Obstétrique* (Paris, mars 1911, p. 260).

(2) Bar, *Leçons cliniques* (Paris, 1909, t. II).

(3) Lemeland, *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie* (mai 1912, p. 460).

accidents qu'il occasionne. Ce symptôme c'est l'hypertension artérielle, nous le retrouverons dans toutes nos observations.

Ballantyne (1), le premier, en Angleterre, constate et rapporte dans trois observations d'éclampsie tous les caractères d'une tension artérielle élevée.

Vinay (2), lui aussi, dans son traité des maladies de la grossesse attire l'attention sur ces phénomènes.

Mais ce sont surtout les travaux de Vaquez et Nobecourt (3), confirmés plus tard par de nombreux auteurs français ou étrangers qui ont bien mis en lumière toute l'importance de l'étude de la tension artérielle pour prévoir l'apparition de l'éclampsie et pour suivre son évolution clinique.

Les recherches de Saratoff (4), Queirel et Raynaud (5), Pinard (6) en France, Wiesner, Krœnig, Zweifel en Allemagne ont pleinement confirmé les conclusions de la communication de Vaquez et Nobecourt à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en janvier 1897.

Seul, Schrœder a prétendu avoir toujours constaté, au contraire, une hypotension manifeste au cours des accès éclamptiques.

Plus tard, Vaquez (7), revenant sur la question, affirme ses conclusions premières et maintient que l'hypertension artérielle accompagne constamment et nécessairement

---

(1) Ballantyne cité par Chirié, Edimbourg, med. S. 1007 (mai 1885).

(2) Vinay, *Maladies de la grossesse* (1894, p. 446).

(3) Vaquez et Nobecourt, Société Médicale des Hôpitaux (27 janvier 1897).

(4) Saratoff (Thèse de Paris, 1898).

(5) Queirel et Raynaud, XIII[e] Congrès de Médecine (Paris, 1900).

(6) Pinard, *Annales de Gynécologie* (août 1900, p. 64).

(7) Eclampsie et tension artérielle (*Semaine Médicale*, 13 mars 1907).

l'éclampie ; elle marche avec elle comme l'ombre avec le corps ; précédant les accès convulsifs, elle permet de prévoir leur imminence en dehors des autres syndromes prodromiques qui peuvent manquer ou passer inaperçus.

Sans entrer dans le détail de la symptômatologie de l'éclampsie — ce qui serait sortir du cadre que nous nous sommes tracés — nous dirons seulement qu'on peut distinguer trois périodes :

1° Une période d'invasion au cours de laquelle se manifestent des symptômes caractéristiques très nets, dont l'intensité est cependant variable suivant les sujets. C'est celle, avons-nous vu, qui correspond à la période d'éclampsisme de Bar ;

2° Une période convulsive avec convulsions cloniques puis toniques, qui peuvent constituer une sorte d'état de mal ;

3° Une période stertoreuse ou de coma.

Au cours de la première période caractérisée cliniquement par des troubles généraux parmi lesquels une céphalée tenace, une sensation pénible de barre épigastrique, des troubles de la vue, etc., l'oscillomètre accuse déjà une tension artérielle élevée. Une tension artérielle élevée se rencontrant chez une femme enceinte ou accouchée, à quelque époque que ce soit, doit faire craindre des accidents graves, même à une date relativement éloignée de l'accouchement (1).

(1) Vaquez rapporte à la Société d'Obstétrique de Paris, en 1906, une observation dans laquelle les crises d'éclampsie ne se manifestèrent qu'un mois après l'accouchement ; plus récemment, Legaigneur, dans les *Archives mensuelles d'Obstétrique d'Angers*, a rapporté une observation d'éclampsie survenue au quatorzième jour des suites de couches (3 crises en 2 heures). *Archives mens. d'Obst.* (Angers, 20 mai 1913).

Ce danger des convulsions éclamptiques est encore exagéré par l'existence de l'albuminurie gravidique ; pour qu'elles éclatent, il suffit, souvent, d'une augmentation de la tension maxima limitée à deux ou trois centimètres.

Mais si l'hypertension est la règle au cours de la première période de la maladie, le taux de la tension est variable, suivant les différentes malades.

Quelquefois, comme dans notre observation (854 S II) une poussée brusque d'hypertension provoque, pour ainsi dire, le déclanchement des crises convulsives ; chez cette malade admise en plein travail dans le service, l'examen clinique ne semblait de prime abord rien faire suspecter d'anormal. Pas de bruit de galop, ni d'éclat aortique ; l existence seule de prodromes prémonitoires nous incitèrent à mesurer la tension artérielle ; elle s'élevait à 27-17, hypertension considérable qui provoqua, une demi-heure après une crise d'éclampsie. Grâce au traitement énergique immédiatement institué, cette crise fut unique et il est à prévoir que si, chez cette femme, la tension artérielle avait été prise quelques jours avant et un régime prophylactique prescrit, elle n'aurait pas présenté d'accident.

Un fait constant semble découler des quelques observations qui suivent, fait qui confirme d'ailleurs les conclusions des classiques : l'hypertension précède la crise: hypertension variable avec chaque individu qui porte à la fois sur la tension maxima et sur la tension minima.

Le plus souvent, la tension ne s'élève que de quelques centimètres avant les crises. Les tensions très élevées 25-27 ne se rencontrent, en général, que chez des malades qui, en dehors de toute grossesse sont hypertendues ou qui, comme notre malade précitée, sont en pleine période

de travail et, par conséquent, présentent déjà une hypertension physiologique notable, hypertension d'effort (1).

Au cours des premiers symptômes caractéristiques de l'éclampsie, si la tension s'élève encore, une crise convulsive se déclare ; tous les muscles se raidissent, les poings sont fermés, la bouche remplie d'écume, la langue est projetée au dehors et serrée entre les arcades dentaires. Pendant cette période de convulsions toniques qui dure peu de temps, il est encore quelquefois facile de mesurer la tension artérielle, nous l'avons trouvée toutes les fois où nous avons pu la prendre, encore plus élevée que dans la période précédente, l'élévation portant à la fois sur la tension systolique et sur la tension diastolique.

Aux convulsions toniques font suite les convulsions cloniques ; la malade s'agite, le tronc et les membres sont alors animés de mouvements désordonnés et brusques qui rendent toute mesure impossible.

Puis, peu à peu, cette agitation se calme, les mouvements sont moins brusques, la respiration devient plus régulière et bruyante ; la malade reste plongée dans le coma, coma qui sépare deux crises successives ou qui se prolonge quelques heures et souvent même quelques jours après la dernière.

Après chaque crise, pendant la période de calme qui lui succède, on constate que la tension baisse et redevient, à peu près, ce qu'elle était avant que la crise ne se déclare pour remonter, progressivement, à chaque nouvel accès convulsif.

Cependant cette règle peut subir des modifications, lorsque les crises se succèdent nombreuses et rapprochées ; dans ce cas la mesure de l'hypertension évaluée

(1) Notre observation (XVIII, 1447, S. II) fait exception à cette règle.

dans les périodes intercalaires des crises aurait une tendance marquée à l'ascension progressive de telle sorte que, finalement après la dernière crise le taux de la tension peut avoir dépassé notablement celui qui marquait la première et se maintenir ainsi sans grandes variations pendant les premières heures ou les premiers jours de la convalescence.

La courbe qui représenterait la tension artérielle au moment de la période d'état, de la période d'excitation cérébrale de la maladie, constituerait un plateau assez élevé au-dessus de l'axe des abcisses avec des clochers de distance en distance correspondant aux crises convulsives.

Lorsque l'évolution de la maladie est favorable, la tension reste élevée pendant quelques jours puis baisse progressivement. Dans certains cas (Observ. 891, S. II), on voit une chute brusque de la tension qui élevée encore redevient subitement à la normale et s'y maintient en même temps que l'on constate une débâcle urinaire (cinq litres dans les vingt-quatre heures) qui constitue pour l'organisme une véritable décharge toxique.

Le plus souvent après disparition des crises convulsives, la tension s'abaisse régulièrement, présente quelques oscillations dans les jours qui suivent et, au bout de cinq à six jours environ elle a repris graduellement sa valeur normale. A signaler l'influence favorable du travail spontané au cours de l'éclampsie gravidique, avec expulsion rapide du fœtus sur la marche de l'éclampsie (fait reconnu depuis longtemps par tous les auteurs) et spécialement sur la tension artérielle. Si l'éclampsie survient au cours du travail ou du post partum, sous l'action d'un traitement énergique la tension s'abaisse plus rapidement.

Dans les cas d'éclampsie gravidique entraînant la mort du fœtus, sans favoriser son expulsion au cours des crises, il peut y avoir une marche de la tension légèrement différente. Au début de la convalescence la tension s'abaisse régulièrement et peut même redevenir normale. Tout retour d'hypertension non justifiée par des troubles pathologiques, est, comme l'a montré M. le Professeur Rouvier, un indice de travail prochain, permettant de diagnostiquer, jusqu'à quarante-huit heures d'avance, l'expulsion fœtale (Observ. 782, S. II).

« Quand des poussées hypertensives alternent avec des « rémissions de plusieurs heures elles ont la même signi- « fication mais le travail d'expulsion fœtale peut ne se « manifester que quatre ou cinq jours après » (1) (Pr Rouvier).

En résumé, l'hypertension est la compagne régulière des accès éclamptiques ; elle peut précéder longtemps l'attaque ou survenir avec elle, quand la crise est déchaînée on rencontre des écarts de plusieurs centimètres qui doivent faire craindre le retour et la gravité des accès. La malade n'est à l'abri de tout accident que lorsque l'amélioration graduelle de l'état général coïncide avec un abaissement sensible et progressif de la tension qui généralement mettra pusieurs jours à récupérer sa moyenne normale.

Deux de nos observations paraissent en désaccord avec ces conclusions, et se rapprocher au contraire des deux cas d'éclampsie, sans modification de la pression artérielle que Chirié cite dans sa thèse (2).

---

(1) Pr Rouvier, Enseignement oral à la Maternité d'Alger, leçon du 15 avril 1914.

(2) Chirié (Thèse de Paris, 1907, p. 27).

L'une de nos malades O. Ther. primipare (observation 738 S. II) de 14 ans, de constitution faible anémiée par sa grossesse, n'ayant jamais présenté d'albumine dans ses urines, est prise, au milieu des phénomènes d'un travail laborieux, d'accidents convulsifs. Six crises qui ne cédèrent qu'à l'administration de 4 centigr. 5 de morphine. La première tension artérielle (12-8) ne put être prise que 8 heures après la dernière crise, c'est pourquoi il est bien difficile d'affirmer que l'hypertension n'a pas accompagné les crises, d'autant plus que les tensions n'ont été prises qu'après les injections de morphine dont l'influence hypotensive est indiscutable.

L'autre, E. J..., âgée de 26 ans (Observ. 1457, S. II), est amenée à l'hôpital dans le coma, la première tension artérielle mesurée dans le service fut 14-8. Une ponction lombaire faite quelques heures après montra un liquide rouge vif et l'épreuve des trois tubes fut positive ; le diagnostic d'hémorragie cérébrale s'impose chez cette malade. Ce diagnostic implique presque nécessairement l'idée d'une hypertension artérielle considérable suffisante pour déterminer une rupture vasculaire ayant existé avant son entrée à l'hôpital.

Notons, en passant, que la ponction lombaire, si utile dans l'éclampsie non comme moyen de traitement, mais pour dépister les lésions des centres nerveux, doit faire porter, (si elle donne issue à un liquide hypertendu et rosé) un pronostic presque toujours fatal.

L'hypertension s'installe progressivement chez la femme enceinte, et, dans les premiers jours, elle s'accompagne d'une élimination considérable d'urine : polyurie claire, pollakiurie nocturne (les malades se lèvent plusieurs fois dans la nuit pour uriner). Puis, lorsque le degré d'intoxication de l'organisme atteint son maxi-

mum ; la tension va en croissant pendant que le taux des urines au contraire s'abaisse. C'est ainsi que pendant les crises nous avons toujours constaté des urines rares, hautes en couleur, de densité plus élevée. Dans ces urines on remarque la présence d'une certaine quantité d'albumine. Cette albuminurie est secondaire indépendante de toute lésion rénale. Sa quantité est variable *et ne présente aucun rapport avec la tension artérielle*, c'est ainsi que dans un cas nous trouvons 8 gr. d'albumine avec une tension maximum qui atteint 20-22 dans un autre 1,1 grammes avec une tension de 19 (1).

Dans la majorité des cas, au bout des 8 à 10 jours qui suivent la période d'état de la maladie, la tension a repris sa valeur normale, les urines sont abondantes, claires et l'albumine y a complètement disparu. Si la tension reste relativement élevée et si l'albumine persiste, c'est que le rein a été touché par une lésion antérieure à la grossesse qui devra faire l'objet d'un traitement médical particulier.

Aujourd'hui, surtout depuis Vaquez, tous les auteurs sont d'accord pour dire que : l'étude de la tension artérielle chez la femme enceinte ou accouchée est indispensable ; au moins autant, si ce n'est plus, que l'analyse de ses urines ; on ne saurait trop répéter avec Vaquez (2) : « On a vu des crises convulsives apparaître chez des « femmes qui n'avaient pas encore d'albumine dans leurs « urines nous prétendons qu'on n'en pourra pas voir chez « des femmes dont la pression artérielle se sera jusque « là maintenue dans les limites normales. C'est le sphyg-

(1) L'albuminurie au cours de l'éclampsie n'est qu'une manifestation clinique de l'intoxication gravidique ; son origine est souvent complexe et variable, elle ne parait pas devoir dépendre de l'hypertension artérielle.

(2) Vaquez, *Semaine Médicale* (13 mars 1907).

« momanomètre à la main qu'on saura le plus souvent « prévoir l'éclampsie et en fixer le pronostic ».

Mais il faut bien faire remarquer que dans l'éclampsie c'est la marche, l'évolution de la tension qui fixera le pronostic plutôt que le chiffre de la pression artérielle elle-même, on devra, de plus, c'est ce qu'il est important de ne pas oublier, tenir compte aussi et en même temps des autres facteurs de pronostic. Il est évident que les modifications de l'état général, du facies, de la diurèse qui doivent suivre la marche de la tension doivent aussi entrer en ligne de compte. La constatation simplement d'une tension artérielle basse pourrait faire porter un pronostic bon dans des cas ou les crises hypertensives auraient déjà produit des lésions irréparables, comme celles qui accompagnent si souvent l'éclampsie et que nous nous proposons d'étudier dans un prochain chapitre (hémorragie cérébrale par exemple).

Dans certains cas douteux, au début des accidents convulsifs apparaissant chez une femme enceinte, la mesure de la tension permettra, quelquefois, de faire un diagnostic différentiel entre une crise d'éclampsie ou d'épilepsie essentielle. On sait en effet, aujourd'hui, après les recherches de Feré, Laudry et Foy, que l'épilepsie essentielle ne s'accompagne jamais d'hypertension notable, elle n'est qu'une expression momentanée d'un état d'irritation ou d'hypersensibilité de l'écorce cérébrale.

CHAPITRE III

Essai de pathogénie de l'Hypertension artérielle dans l'Eclampsie puerpérale

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que l'éclampsie s'accompagne, d'une façon générale, d'hypertension artérielle. Avant d'étudier les accidents et les lésions qu'elle peut occasionner au cours de la maladie, nous allons essayer de rechercher quelles peuvent être ses causes.

Plusieurs facteurs doivent entrer en ligne de compte. Le rôle du facteur sanguin paraît être peu important.

Pendant la grossesse il y a bien augmentation de la masse sanguine mais la quantité de sang en excès se localise dans les vaisseaux de la région utérine où la circulation, plus active qu'à l'état de vacuité, n'est nullement entravée. D'ailleurs, l'excès de volume de la masse sanguine ne paraît pas avoir grande action sur la circulation artérielle ; le système veineux dont la capacité est très mobile sert de réservoir ; les injections intraveineuses de sérum influencent très peu la tension artérielle. Une grande partie du liquide reste dans les veines ou dans le foie, s'élimine par les urines mais n'arrive pas jusqu'au cœur.

D'autre part, la soustraction du sang par saignée n'abaisse la tension artérielle, d'une minime quantité d'ailleurs, que si la quantité de sang enlevée est considérable

et si les saignées sont répétées (Ambard) (1). Il se produit en effet des phénomènes réflexes vaso-constricteurs qui augmentent la résistance à l'écoulement du sang.

L'augmentation de la viscosité sanguine, que l'on constate quelquefois chez les éclamptiques, mais qui, dans nos observations, n'est d'ailleurs pas constante, n'a pas d'action nette sur la tension artérielle ; son influence est très minime par rapport à celle du calibre des vaisseaux.

L'hypertrophie du muscle cardiaque, la dilatation du cœur gauche que l'on rencontre fréquemment à l'auptosie des éclamptiques et qui est aujourd'hui classique, serait pour Chirié (2) une cause importante d'hypertension artérielle. Cette opinion nous parait discutable. L'hypertension artérielle traduit en général un phénomène de défense de l'organisme qui a à lutter contre un obstacle quelconque, à la circulation périphérique ; le cœur s'adapte, lui aussi, à cette résistance exagérée, il se dilate, s'hypertrophie, pour forcer les barrages.

D'ailleurs, on peut voir, au cours de certaines lésions valvulaires plus ou moins bien compensées, le cœur augmenter de volume et de poids sans que la tension artérielle cesse pour cela de rester normale.

L'hypertension artérielle est, d'autre part, certainement favorisée par la pénétration dans le sang de substances toxiques qui, à l'état normal, doivent être éliminées par les urines. L'éclampsie à la période d'état s'accompagne, nous l'avons dit, d'un certain degré d'insuffisance hépato-rénale provoquant une rétention dans le sang de substances toxiques qui, à l'état normal, doivent être détruites dans le foie par suite de sa secrétion endocrine et éliminées par les urines.

---

(1) Ambard (Thèse Paris, 1905, p. 47).

(2) Chirié (Thèse de Paris, 1907, p. 60).

Du fait que pendant l'éclampsie on constate quelque fois de l'anurie, mais toujours une oligurie transitoire qui accompagne les crises, il résulte qu'il s'accumule dans le sang des substances nocives dont le rôle hypertenseur est depuis longtemps bien connu.

La plupart des albuminuries gravidiques permanentes, qui conduiront plus tard, si elles ne sont pas traitées, à l'éclampsie puerpérale, se traduisent cliniquement par des œdèmes. Ces malades se comportent vis-à-vis du chlorure de sodium comme des brightiques, le retiennent, le fixent dans leurs tissus.

Les recherches d'Ambard (1) et Beaujard ont bien montré le rôle de cette rétension du NaCl sur la tension artérielle. Lorsque l'organisme réagit aux chlorures, c'est-à-dire lorsqu'il est susceptible de réaliser des rétentions, la tension artérielle monte si la rétention chlorurée se réalise ; elle baisse si la rétention se résoud. L'administration de sel en nature provoque la formation d'œdèmes et l'augmentation de la tension artérielle. Au contraire chez toutes les éclamptiques qui présentent des œdèmes, et chez toutes les albuminuriques au cours de la grossesse, on voit la tension artérielle baisser progressivement sous l'influence du régime lacté, régime pauvre en chlorures quoique quelques fois encore insuffisant à enrayer les accidents, et revenir bientôt à la normale avec l'administration de la diète hydrique d'abord, puis d'un régime déchloruré strict. Ces résutats cliniques montrent bien que le NaCl joue dans l'organisme un rôle hypertenseur manifeste, rôle d'ailleurs variable avec chaque individu. Chez certains malades, on peut faire varier la tension artérielle à sa guise en faisant varier la quantité de sel ingérée quotidiennement avec les aliments.

(1) Ambard (Thèse de Paris, 1905, p. 9).

Chez d'autres, au contraire, ce n'est qu'avec un régime sévère, longtemps administré, qu'on arrive à ramener la tension artérielle à sa valeur normale.

Mais, à côté des chlorures, d'autres substances qui circulent dans le sang et sont retenues chez les éclamptiques, sont susceptibles de modifier la tension artérielle. Parmi elles, il en est une facilement décelable par l'analyse du sérum sanguin (l'urée) dont le rôle hypertenseur est aussi aujourd'hui bien fixé. Pendant la grossesse tous les échanges sont augmentés (Bar) la quantité d'urée augmente dans le sérum jusqu'à un taux considérable, plus de deux grammes quelquefois.

Il en résulte que si les organes éliminateurs fonctionnent mal, la quantité d'urée retenue étant très considérable, la tension artérielle augmentera sensiblement ; quoique à ce point de vue, le rôle de la rétention azotée soit plutôt accessoire (Achard et Paiseau (1).

Les chlorures et l'urée ne sont pas les seules substances retenues dans l'organisme des éclamptiques. A côté de ces corps bien définis, le sang véhicule une grande quantité d'autres toxines, connues ou inconnues, qui proviennent, soit directement, soit indirectement, des produits de déchets intestinaux (ptomaïnes, produits de fermentation), soit des cellules hépatiques en voie de destruction, soit enfin des produits spéciaux dus à la grossesse. Ces toxines sont susceptibles de provoquer une vaso constriction généralisée, d'ordre peut-être réflexe, ainsi qu'une action excito cardiaque d'ou résulterait une élévation de la pression artérielle (2).

---

(1) Achard et Paiseau, *Semaine Médicale* (6 juillet 1904).

(2) Cette théorie est insuffisante pour expliquer deux ordres de faits : ceux dans lesquels malgré une terminaison fatale, l'hypertension est peu accentuée, et ceux dans lesquels, au contraire, l'hypertension est excessive et précoce

Cette vaso constriction périphérique est maximum au moment des crises convulsives et surtout à la période des convulsions toniques où la circulation en retour se trouve considérablement gênée.

Tous ces faits contribuent à nous expliquer pourquoi la tension artérielle s'élève au moment de l'éclampsie confirmée, mais ne suffisent pas à justifier cette hypertension antérieure de longtemps aux crises qui se traduit cependant anatomiquement par l'hypertrophie du ventricule gauche. Sur l'hypertension artérielle primitive ancienne se greffe ensuite une hypertension secondaire au moment où l'organisme est saturé de toxines.

Pour expliquer cette hypertension primitive, il est rationnel de se demander quelles sont les variations, pendant l'état de grossesse de la sécrétion interne des glandes endocrines qui ont pour fonction de régulariser la pression sanguine. Le premier Vaquez (1) a attiré l'attention sur l'hyperplasie des surrénales au cours des néphrites chroniques et créé la théorie surrénale de l'hypertension qui accompagne ces néphrites. La région médullaire de la capsule surrénale secrète une substance éminemment vaso constrictive et par conséquent hypertensive : l'adrénaline.

La couche corticale, au contraire, sécrète une substance antitoxique et l'hyperactivité antitoxique qu'entraîne souvent, mécaniquement, l'hyperactivité myotonique.

De plus, Savioli et Pezzolini (2), ont montré la présence, dans la couche corticale, d'une substance hypertensive qui ne serait, pour Dor, qu'une combinaison phosphorée de l'adrénaline. Ce qui fait que, en somme,

(1) Vaquez, *Semaine médicale* (1907, p. 125).

(2) Savioli et Pezzolini, *Archives italiennes de Biologie* (1902, p. 380).

la fonction myotonique est sous la dépendance de la glande toute entière.

Le rôle hypertenseur de l'adrénaline a bien été mis en évidence, ces dernières années, par les recherches expérimentales. Josué et Lœper (1) ont réussi, par des injections intra-veineuses, d'une solution de cette substance à provoquer une hypertension considérable et permanente pouvant aller jusqu'à produire, chez un animal sain, des crises d'œdème aigu du poumon, et même des lésions athéromateuses comme celles qu'on retrouve chez les artério-scléreux. La substance hypertensive agit directement sur les fibres musculaires des artères et du cœur, déterminant une vaso-constriction indépendante des centres vaso-moteurs centraux périphériques ou même sympathiques (Josué) (2).

L'exagération des fonctions secrétoires des capsules surrénales ne peut pas, elle non plus, être mise sous la dépendance des centres nerveux (Josué).

Les intoxications, lentes de l'organisme, auto ou hétéro-intoxications, provoquent une réaction glandulaire qui se traduit par une hypersécrétion, par de l'hyperepinéphrie (Bernard et Bigart) (3).

Guieysse (4), a étudié, en 1901, les modifications des surrénales chez les femelles de cobayes gravides. Il a une véritable hypersécrétion physiologique destinée à neutraliser les substances toxiques circulant avec le sang.

---

(1) Josué et Lœper, Société de Biologie (10 janvier 1903-14 novembre 1903).

(2) Josué, Société de Biologie (10 janvier 1903).

(3) Bernard et Bigart, Société de Biologie (1902, p. 1219); *Journal de Physiol. et Path. génér.* (novembre 1902(.

(4) Guieysse (Thèse de Paris, 1901, p. 32).

Aucune recherche semblable n'a été encore faite chez la femme au cours de la grossesse normale.

Nous avons été, récemment, les témoins, à la Maternité d'Alger, d'un fait clinique qui semble prouver, qu'au cours de la grossesse, on peut constater ainsi le passage dans le sang circulant d'une quantité suffisante d'adrénaline pouvant déterminer une hypertension artérielle notable, avec désordres graves consécutifs, susceptibles d'aboutir à une terminaison fatale (Observation XIII, 1484 SII) : Crise suraiguë d'œdème pulmonaire, survenant brusquement, chez une II pare, au terme de la grossesse et en parfaite santé apparente. Comment expliquer cet accident survenant, chez une malade qui ne présentait aucune lésion cardiaque, et dont les reins fonctionnaient normalement

N'est-elle pas à rapprocher des recherches expérimentales de Josué et Lœper dont nous parlions un peu plus haut et qui montrent qu'une simple injection d'adrénaline peut, à elle seule, déterminer de l'œdème aigu du poumon ? La recherche de l'adrénalinémie n'a pas été faite chez notre malade. La réaction de Meltzer Erhmann, qui permet de la mesurer (action du sérum du malade sur la pupille de l'œil énucléé de la grenouille), ne présente, d'ailleurs, qu'une précision toute relative.

Cette observation nous paraît des plus intéressantes. Elle nous montre que, chez la femme enceinte, la mesure de la tension artérielle est, pour ainsi dire, indispensable ; elle doit faire partie de l'examen clinique de toute parturiente au même titre que l'examen de ses urines, pour éviter des accidents brusques que rien d'autre ne permet de prévoir et qui peuvent aboutir à des lésions irréparables.

De plus, cette observation confirme, indirectement, les

recherches récentes qui ont conduit à admettre, avec Vaquez, Pal et Connheim, une influence considérable de la sécrétion des glandes vasculaires sanguines dans la pathogénie de l'éclampsie.

Les travaux récents, qui sont surtout des recherches anatomo-pathologiques, portant sur des pièces prélevées à l'autopsie, ont bien montré que, comme disait Vaquez, « l'hyperplasie de la substance médullaire et des cellules chromaphines peut s'observer, soit au cours des néphrites chroniques, soit en dehors de toute altération rénale » (Wiesel (1), Aubertin et Clunet (2), Gaillard (3).

Chirié a retrouvé, en examinant les surrénales de douze éclamptiques, dans tous les cas une hyperpasie corticale très nette et, quelquefois seulement, une hyperplasie médulaire qui marche de pair avec l'hypertrophie du cœur.

Contrairement aux conclusions d'Aubertin et Clunet, Chirié (4) admet que l'hyperplasie surrénale peut être la première en date et précéder l'hypertrophie cardiaque et l'hypertension artérielle.

Pour expliquer, cliniquement, ces résultats d'autopsie, on peut admettre que l'hyperplasie de la substance corticale constitue une réaction de défense contre les toxines éclamptiques. Il y a donc exagération, dans tous les cas, de la fonction antitoxique. Mais comme, d'une part, la substance corticale des surrénales contient aussi des substances hypertensives et que, d'autre part, la sécrétion de la substance médullaire (Dor), est intimement

---

(1) Wiesel, Renale Herzhypertrophie und chromaffine system, *Wien Med. Wochensch* (30 mars 1907) ; *Sem. Méd.* (1907, p. 132 et 231.)

(2) Aubertin et Clunet, Société de Biologie (7 décembre 1905, p. 595).

(3) Gaillard (Thèse de Paris, 1908).

(4) Chirié, *Obstétrique* (Paris, 1908, p. 247).

liée au fonctionnement de la substance corticale il semble en résulter que, dans l'organisme de toute éclamptique, et surtout dans la période de début, période d'intoxication lente, il y a hypersécrétion d'adrénaline qui contribue pour une grande part, à faire croître la tension artérielle. Dans l'albuminurie gravidique, les mêmes conclusions sont applicables.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas être trop exclusif. Le rôle des surrénales, au cours de l'éclampsie, nous paraît être des plus importants mais ne suffit pas, à lui seul, à en expliquer toute la pathogénie.

Chacun des facteurs que nous avons étudiés, au cours de ce chapitre, contribue, pour une part plus ou moins grande, à l'exagération de la tension artérielle, ce symptôme constant, si important par les accidents et les lésions qu'il provoque, et que nous allons maintenant passer rapidement en revue.

CHAPITRE IV

Accidents et Lésions dus à l'Hypertension artérielle au cours de l'Éclampsie puerpérale

L'hypertension artérielle, au cours de l'éclampsie puerpérale, se traduit tout d'abord : cliniquement, par certaines modifications du pouls et quelques signes stéthoscopiques, du côté du cœur. Mais ici, comme dans toutes les autres affections, seule, la mesure exacte de la pression artérielle nous rendra compte du degré de cette hypertension.

Au palper de la radiale, le pouls des éclamptiques nous a toujours paru dur, bondissant, tendu, offrant une résistance toute spéciale à l'écrasement.

Chez nos malades, nous avons souvent constaté, au cœur, un éclat particulier du second bruit, maximum au foyer aortique. Cependant, nous n'avons jamais nettement remarqué, même chez les rares malades que nous avons vu succomber au cours de la maladie, d'hypertrophie du ventricule gauche avec déviation de la pointe du cœur, ni le bruit de galop ou le dédoublement du premier bruit (Potain), qui en sont souvent la conséquence, et qui ont été retrouvés chez beaucoup d'éclamptiques.

Ces modifications du cœur nous paraissent devoir être mises sur le compte d'hypertension durable, permanente, et n'en être qu'une conséquence assez éloignée.

Au contraire, les signes subjectifs que l'on rencontre

et que l'on doit mettre sur le compte de l'hypertension artérielle, sont plus nombreux et aussi beaucoup plus fréquents. Nous ne voulons, d'ailleurs, que les signaler sans nous y arrêter trop longuement.

La céphalée est le symptôme le plus précoce qui accompagne d'ailleurs aussi toutes les hypertensions artérielles paroxystiques et permanentes, et que l'on retrouve invariablement dans toutes les intoxications et infections. Elle survient, en général, de très bonne heure ; c'est même, souvent, le premier symptôme douloureux qu'accusent les femmes dans la première période : période d'invasion de l'éclampsie.

Elle se localise au niveau de la région frontale ou de la région occipitale. C'est une céphalée tenace, persistant même au cours d'une grande partie de la nuit, et se traduisant quelques fois par des battements, des ébranlements systoliques intra-crâniens. Elle s'exagère, au moindre mouvement, et résiste à toute médication.

Cette céphalée constante, qui doit éveiller l'attention, est souvent accompagnée de troubles oculaires vagues, passagers, transitoires, qui reconnaissent la même pathogénie. Leur caractère essentiel est d'être *transitoires*, puisque liés à des phénomènes de vaso-constriction passagère, mais ils peuvent se compliquer quelquefois de lésions durables (hémorragies rétiniennes ou sous-conjonctivales survenant au moment d'une poussée hypertensive plus forte).

Ces troubles visuels précoces consistent en une diminution de l'acuité visuelle avec sensation de nuage autour des objets, éblouissements, mouches volantes. Parfois, mais souvent plus tardivement, quand la tension artérielle est plus élevée, peuvent survenir des accidents plus graves, en particulier : l'amaurose et l'hémianopsie.

L'amaurose éclamptique fut déjà décrite, par Szili, en 1882, qui, frappé de la rapidité d'apparition et de guérison, rejetait, pour l'expliquer, toute idée de lésion organique. C'est en effet une amaurose brusque survenant, tantôt avant le début des crises convulsives, constituant un avertissement précieux pour le médecin ; tantôt, et le plus souvent, au moment des crises convulsives, au cours d'une poussée hypertensive plus forte. Quelques fois (Fieux en a rapporté récemment une observation), l'amaurose peut constituer, à elle seule, toute la maladie et ne pas s'accompagner d'accidents convulsifs.

Cette amaurose éclamptique ne s'accompagne d'aucune lésion du fond de l'œil à l'ophtalmoscope, les pupilles réagissent normalement ; un autre caractère de cet accident, c'est sa courte durée et sa disparition qui est souvent subite.

Nous en rapportons une observation. Chez notre malade, l'amaurose s'était installée au cours des attaques d'éclampsie et la femme, en sortant de la période comateuse, était atteinte de cécité complète. Cette cécité persista seulement pendant vingt-quatre heures. Le lendemain matin, à son réveil, la malade avait recouvré complètement la vue ; elle reconnaissait tous les objets qu'on lui montrait. La guérison de cette amaurose fut marquée par une baisse de la tension artérielle qui continua à s'accentuer jusqu'à la guérison définitive.

L'hemianopsie éclamptique observée par Vaquez, Lehmann (1) et Knap, reconnaît elle aussi, pour cause, l'hypertension artérielle. Elle présente les mêmes caractères que l'amaurose-saturnine, survient en général brusquement, ne s'accompagne pas de lésions papillaires et ne

(1) Lehmann, *Berliner Klin Wochensch* (21 décembre 1896).

dure que quelques jours. Elle peut apparaître au cours de deux grossesses successives (Vaquez).

Chambrelent et Cathala (1) rattachent aussi aux troubles cérébraux causés par les crises convulsives, la manie et l'amnésie post-éclamptique, si fréquents au cours de la maladie (on a compté jusqu'à 6 p. 100 des cas éclampsie).

C'est un délire aigu, violent, brutal, sans systématisation bien nette. Cependant, les malades présentent souvent des hallucinations terrifiantes, sont poursuivies par des idées de persécution, présentent une tendance marquée au suicide ou à l'infanticide, s'enfuient pour se soustraire à leurs persécuteurs.

Foy (2) voit, dans ce délire, une manifestation de l'hypertension cérébrale sans que toutefois la démonstration de ce fait soit rigoureuse. Il apparaît, en effet, chez des malades qui ont présenté un grand nombre de crises et dont le traitement a été institué tardivement. Ce délire éclamptique ressemble aux manifestations de l'encelopathie délirante, qui accompagne la colique de plomb et qui serait uniquement la conséquence de l'hypertension.

Cependant, comme la manie post-éclamptique apparaît très souvent dans la période de convalescence, 36 à 48 heures après la dernière crise, c'est-à-dire au moment où la pression artérielle commence à baisser, on doit se demander si elle n'est pas aussi et surtout sous la dépendance de l'intoxication gravidique elle-même ; comme le délire des pneumoniques ou des typhiques est lié au processus infectieux.

Dans ses leçons cliniques, M. le Professeur Rouvier

---

(1) Chambrelent et Cathala, *in traité Bar* (1914, t. II, p. 117).

(2) Foy (Thèse de Paris, 1911).

a trés souvent insisté sur la nécessité « d'une action pro-
« longée du processus pathologique sur la cellule céré-
« brale, pour provoquer ces désordres pathologiques et
« plaider en faveur du traitement énergique de la toxé-
« mie pour en abréger la durée.

« Ces perturbations cérébrales consécutives à l'intoxi-
« cation cellulaire persistent un certain temps après le
« début de la période de convalescence et se traduisent
« parfois sous forme d'amnésie » (1).

Quoi qu'il en soit, l'expérience clinique montre que la morphine, par son action vaso-dilatatrice hypotensive, ou par son action antitoxique appliquée d'une façon précoce, prévient les accidents cérébraux, même chez des prédisposées (Obs. XXVII, 950 S. II) et qu'elle les guérit lorsqu'ils sont déclarés (Obs. XXXIX, 895 S. II).

L'éclampsie s'accompagne exceptionnellement d'aphasie cette amaurose cérébrale que l'on doit mettre sur le compte d'une tension artérielle élevée. Théveny (1) en rapporte une observation. La malade succomba d'ailleurs à la suite d'hémorragie cérébrale.

Mais, l'accident le plus fréquent de tous, qui accompagne dans la grande majorité des cas la maladie, qui en signe le diagnostic, ce sont les crises convulsives. Ces crises convulsives se retrouvent d'ailleurs à peu près identiques à elles mêmes dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'hypertension artérielle (saturnisme, urémie, alcoolisme...) quelle qu'en soit l'étiologie.

Nous avons déjà vu le rôle de la tension dans le diagnostic, l'évolution, le pronostic des accidents convulsifs sans qu'il soit nécessaire d'y insister plus longuement.

(1) Prof. Rouvier, Enseignement clinique oral de la Maternité (mai 1914).

(2) Theuveny (Thèse de Paris, 1903, p. 97).

A côté de ces accidents curables qui, comme Pal (1) l'a montré, se rattachent à des crises vaso constrictives portant sur certains territoires vasculaires ; l'hypertension peut produire des lésions dont le premier terme est la congestion et dont le type est l'hémorragie par rupture vasculaire, conséquence d'une pression artérielle trop considérable.

Les lésions que nous avons le plus souvent constatées chez nos éclamptiques sont : la congestion pulmonaire et l'œdème aigu du poumon. Ce dernier résultant d'une hypertension considérable dans l'artère pulmonaire (Huchard) (2).

L'œdème pulmonaire se rencontre surtout chez des malades qui présentent de la rétention chlorurée, des œdèmes cutanés. L'hyperchloruration de l'organisme joue un rôle évident dans sa production mais le facteur cardioartériel est le plus important (Huchard). L'œdème peut survenir cependant sans qu'il y ait rétention du NaCl, ce qui montre bien son origine cardiovasculaire.

A côté des congestions pulmonaires, on doit noter des congestions viscérales. Le foie est augmenté de volume la rate perceptible. Les reins sont le siège d'une congestion intense portant surtout sur la zone pyramidale, et se traduisant par des phénomènes inhibitoires qui peuvent aller jusqu'à l'anurie complète pendant la période convulsive.

La congestion pourra porter de même sur les centres nerveux et déterminer des troubles paralytiques passagers (Obs. XXI 1382. S. II).

Les glandes vasculaires sanguines doivent, elles aussi,

(1) Pal, *Gefasskrissen* (1905, Leypzig, p. 242).

(2) Huchard, in Bergé, *Traité de Médecine* (Paris, 1909, t. III, p. 1067).

se congestionner et réagir par une surproduction de substances excrétées.

Cette congestion intense, cette augmentation de la tension vasculaire portant sur des capillaires altérés par les toxines éclamptiques et offrant par conséquent peu de résistance, conduit souvent dans les cas graves à des hémorragies viscérales redoutables.

Les plus fréquentes sont les lésions hépatiques sur lesquelles Bouffe de Saint Blaise (1) a beaucoup insisté dans sa thèse, bien étudiées avant lui par Virchow et Jurgens (2). Elles siègent surtout dans la région périportale, territoire de distribution des ramifications de l'artère hépatique qui vont former un réseau capillaire intralobulaire.

L'espace porte constitue donc une zone où la tension vasculaire est des plus élevées. Les capillaires de cette région sont, de plus, très altérés par les toxines charriées par le sang et les ptomaïnes amenées de l'intestin par les veines tributaires de la veine porte. La fréquence de ces lésions à l'autopsie des éclamptiques a servi de base à la théorie de l'hépatoxémie gravidique admise par (Bouchard, Charrin Bouffe de Saint-Blaise (3), Pinard etc...) Le foie, au cours de l'éclampsie, semble être un lieu de moindre résistance de l'organisme. Ses lésions ne peuvent que s'accroître si aux poisons éclamptiques, on ajoute, dans le traitement de la maladie, des substances qui comme le chloroforme ont à elles seules une action nocive pouvant aller jusqu'à l'ictère grave et à la dégénérescence graisseuse du foie (Auburtin).

---

(1) Bouffe de Saint-Blaise (Thèse de Paris, 1891, p. 21).

(2) Jurgens, *Berliner Klin. Wochensch* (1886, p. 515).

(3) Bouffe de Saint-Blaise (Thèse de Paris, 1891).

Récemment Potocki (1) a insisté sur les dangers de cette médication jadis préconisée par Bouchacourt.

Aussi, toutes les fois qu'une anesthésie sera indispensable, pourra-t-on être amené à pratiquer une anesthésie locale (rachi anesthésie par exemple) pour éviter l'emploi du chloroforme et les accidents pulmonaires que pourrait entraîner l'éther dans un organisme aussi intoxiqué.

A côté des hémorragies du foie se rencontrent souvent des hémorragies du système nerveux central, hémorragies méningées ou cérébrales qui peuvent survenir isolément (Macé et Gaillard) (2) et s'accompagnent ou non de phénomènes paralytiques et de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

Cependant les hémorragies des centres nerveux les plus fréquentes sont les hémorragies cérébrales. Ce sont en même temps, comme le faisait remarquer Velpeau, les complications les plus redoutables. L'hémorragie survenant au cours de l'éclampsie, et caractérisée cliniquement par la ponction lombaire et les troubles paralytiques qu'elle occasionne, doit faire porter un pronostic fatal à bref délai. Heureusement la rareté de ces hémorragies cérébrales est relative, quant aux autres lésions ; cette rareté s'explique par ce fait que les éclamptiques sont en général des sujets jeunes, et que leurs vaisseaux sont assez résistants pour supporter de pareils écarts de tension.

On peut aussi rencontrer des hémorragies au niveau des organes des sens, hémorragies rétiniennes, sous conjonctivales, ruptures vasculaires de la pituitaire produisant des épistaxis (Molas) et dues à des poussées brusques d'hypertension.

(1) Potocki, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* (octobre 1910, p. 210).

(2) Macé et Gaillard, *Obstétrique* (Paris, 1907, p. 160).

A côté de ces lésions qui n'intéressent que l'organisme maternel, l'hypertension peut produire des perturbations graves dans l'organisme fœtal en déterminant des hémorragies intra ou rétroplacentaires. L'hypertension, en se manifestant, au niveau du placenta, au cours de la toxémie gravidique (albuminurie ou éclampsie) pourra produire des hémorragies variables par distension brusque des lacs sanguins du placenta, dont la paroi villeuse « qui « constitue un véritable syncitium recouvert simplement « d'une bordure en brosse est très fragile » (Wallich) (1).

Les lésions du placenta des albuminuriques et des éclamptiques sont aujourd'hui classiques depuis que le Pr Pinard a tant insisté sur leur évolution. On sait que le placenta présente des infarctus blancs ou rouges nombreux, les uns correspondant à des lésions hémorragiques récentes, les autres à des foyers anciens ayant subi la dégénérescence granulo graisseuse.

Le fœtus souffre et peut mourir au cours de la maladie (sans que cela soit une règle générale) il succombe par suite du rétrécissement du champ de l'hématose.

Si ces hémorragies placentaires cessent d'être limitées il se produit un vaste hématome qui va décoller le placenta : hémorragie rétro placentaire avec son cortège symptômatique qui peut tuer la femme et l'enfant en quelques minutes.

---

(1) Wallich, Société d'Obstétrique et de Gynécologie (Paris, 10 juin 1912).

CHAPITRE V

Influence du Traitement rationnel de l'Éclampsie puerpérale par la morphine et ses adjuvants sur l'Hypertension artérielle

Toute éclamptique est, nous l'avons vu, une intoxiquée grave qui présente de la rétention de toxines avec troubles de la secrétion urinaire secondaires.

Nous l'avons dit, et nous avons insisté sur ce fait, l'hypertension artérielle est la compagne naturelle de l'éclampsie. C'est elle qui une fois installée dans l'organisme malade y détermine une congestion de tous les viscères, congestion qui débute par l'intestin, le foie, et atteint secondairement le poumon et les centres nerveux.

C'est encore l'hypertension qui offrant une charge constante aux artérioles capillaires, ou au contraire et bien souvent survenant par brusques poussées, en détermine la rupture d'autant plus facilement d'ailleurs que leurs parois sont altérées par les toxines éclamptiques.

Cette hypertension, facteur redoutable des complications de la maladie, devra être justifiable d'un traitement précoce et énergique. Le traitement de l'éclampsie devra être à la fois hypotenseur et antitoxique. Il devra, de plus, permettre d'éliminer, le plus rapidement possible, une plus grande quantité de toxines retenues, sans nuire pour cela à la défense de l'organisme ; et empêcher en même temps l'apport de substances nocives par les voies digestives supérieures. Le traitement sera en même temps

diurétique pour favoriser l'élimination des produits de déchet qui doit se faire par les urines.

Un des premiers symptômes à traiter d'une façon précoce est donc l'hypertension. Un des premiers traitements préconisés dans ce but est la saignée. Une saignée systématique fut conseillée dès 1694 par Mauriceau puis par Depaul (1) et Peter (2) qui reste le défenseur de cette thérapeutique que les accoucheurs semblaient vouloir abandonner à la suite d'Andral et Gavanet.

De nos jours, en France Pinard ne pratique plus la saignée systématique, Ribemont Dessaignes (3) n'en fait pas un traitement exclusif. Seuls Porak et Potocki pratiquent une saignée abondante sans injection de sérum.

François (4) dans une thèse récente (1910), préconise la saignée abondante, qu'il a vu appliquer à la Pitié dans le service du P[r] Potocki et qui pour lui répond à la fois à toutes les indications précédentes.

La saignée massive seule, retirant 1200 à 1500 grammes parvient à abaisser d'un ou deux centimètres la tension artérielle mais comme l'ont montré Arloing, Vinay Hayem cet effet n'est pas durable, la pression remonte après la saignée.

Seules des saignées répétées et très abondantes peuvent amener, d'après les recherches d'Ambard (5), une baisse de la tension appréciable.

D'après ses conclusions trois saignées successives de 10 % du sang total sont nécessaires pour exercer une

---

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1854.

(2) Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 60.

(3) Ribemont, Dessaignes et Lepage, *Précis d'Obstétrique*, Paris, 1904.

(4) François (Thèse de Paris, 1910).

(5) Ambard (Thèse de Paris).

action active sur la pression artérielle. Il faut donc enlever environ 12 à 1800 grammes de sang.

On doit se demander si vraiment, comme le dit Chirié ces saignées massives sont d'une bénignité complète chez les femmes puerpérales.

La saignée amène bien en effet la soustraction d'une certaine quantité de poisons du sang, et une décongestion du foie et des reins qui est favorable et se manifeste par le rétablissement de la diurèse. Mais elle paraît présenter aussi de grands inconvénients. Elle soustrait de l'organisme des produits de défense indispensables, elle peut conduire à des accidents cérébraux : vertiges, dyspnée, Cheyne Stockes et surtout délire qui paraît plus accentué et plus violent chez les éclamptiques ainsi traitées.

L'anémie des centres nerveux peut en effet provoquer à elle seule (Vinay), un état d'excitation cérébrale suffisant pour amener le délire hallucinatoire et la manie.

D'autre part, la quantité de sang soustraite ne pourra être remplacée, comme l'avait jadis préconisé Porak, par du sérum physiologique ; il a d'ailleurs reconnu que ces injections pouvaient être dangereuses. Elles sont d'abord hypertensives et par conséquent nuisibles. Dastre et Loyon, Delbet ont bien mis en évidence cette action. Mais, de plus, le chlorure de sodium qu'elles renferment ne pourra pas être éliminé par les reins des éclamptiques, qui ne sont pas perméables aux chlorures (Macé et Piéra) (1). Introduire du sérum artificiel dans l'organisme de ces malades, serait provoquer chez elles, ou du moins favoriser, la production d'œdèmes viscéraux : œdème pulmonaire ou œdème cérébral pouvant avoir des conséquences fâcheuses.

---

(1) Macé et Pierra, *Bulletin de la Société Obstétricale de Paris*, (1905).

Il semble donc que la saignée systématique doive être proscrite du traitement de l'éclampsie puerpérale ; la plupart des accoucheurs français, d'ailleurs, admettent aujourd'hui cette conclusion. On doit réserver la saignée pour le traitement de certaines complications dans lesquelles une dérivation, une décongestion sont nécessaires et dont nous parlerons tout à l'heure.

On peut penser aussi, puisque l'hypertension est la règle au cours de l'éclampsie, à employer pour la combattre des médicaments qui agissent directement sur elle des hypotenseurs proprement dits. Nous avons essayé, à la Maternité d'Alger, parallèlement au traitement par la morphine, l'emploi d'extrait de gui, en pilules dosées à 0 gr. 05 ; mais il résulte de nos observations, que ce médicament (qui est d'ailleurs prescrit pendant une durée assez longue dans l'hypertension permanente des artério-scléreux) ne produit pas grand effet sur l'hypertension des éclamptiques.

La trinitrine, à la dose de 30 gouttes par jour, de la solution à 1/1.000e, ne donne pas, elle non plus, de meilleurs résultats.

Le nitrite d'amyle, si employé dans les crises d'angine de poitrine, l'asthme essentiel, vaso-dilatateur énergique, accélérant le cœur et abaissant la tension, a été aussi essayé. « Budin, dit Chirié (1), l'a expérimenté souvent sans grand résultat ».

C'est d'ailleurs un médicament dangereux parce qu'il agit brusquement à très petites doses, ses vapeurs sont décomposées facilement en acide nitreux. Ce médicament, contre indiqué chez les congestifs, les pléthoriques,

(1) Chirié, *Annales de Gynécologie et Obstétrique* (février 1908, p. 116).

les cyanosés (Manquat) (1), paraît d'ailleurs l'être aussi pour toutes ces raisons, chez les éclamptiques.

Au Congrès de médecine de 1900, Mangiagalli a attiré l'attention sur les bons effets d'un autre médicament hypotenseur : l'extrait de vératrum viride, qui lui avait toujours donné d'excellents résultats. En 1904, Caridi Missirlioglou (2), conseille la voie hypodermique pour l'absorption du médicament. En 1905, Kirkley a déclaré que cette médication, très employée aux Etats-Unis, où se cultive le vératrum, n'avait qu'une valeur toute problématique. Il est d'ailleurs peu employé en France et contient un principe actif : la vératrine, d'une grande toxicité.

Le chloral, employé par l'école lyonnaise, dont les statistiques sont très favorables, est lui aussi un hypotenseur ; il agit, de plus, comme sédatif du système nerveux mais son action qui se fait par la seule voie digestive est souvent longue à obtenir ; il faut en administrer de fortes doses pour en faire absorber assez. Or, comme l'a montré Mayor, à fortes doses il a une action déprimante sur le cœur et les vaisseaux.

Nous ne dirons que deux mots, en passant, du chloroforme, très employé en France, pour rappeler que c'est un médicament dangereux par son action nocive sur le foie, et aussi par son action vaso-constrictive qui détermine une élévation de la pression artérielle ; hypertension contre laquelle on doit au contraire lutter précocement.

Le traitement médical, rationnel de l'éclampsie, employé à la clinique obstétricale d'Alger par notre Maître, Monsieur le Professeur Rouvier, et qui nous a toujours

(1) Manquat, *Traité de Thérapeutique*, 6e édition, Paris, 1913, t. III, p. 98.

(2) Caridi Missirlioglou, th. Paris, 1904.

donné d'excellents résultats, répond aux trois grandes indications que nous avons formulées au début de ce chapitre.

Morphine : La morphine agit tout d'abord comme médicament sédatif du système nerveux ; elle vise principalement la suppression des crises, grâce à ses propriétés anticonvulsivantes et antispasmodiques bien signalées par Trousseau.

La morphine agit comme hypotenseur et comme hémostatique. Pour Huchard (1) c'est un des agents thérapeutiques qui abaissent le plus et le mieux la tension artérielle. Le cœur se ralentit, le pouls devient plus mou et moins rapide, comme les expériences de Picard (2) l'ont montré.

Cette action se trouve vérifiée dans toutes nos observations d'éclamptiques. Sous l'influence de la morphine, leur tension artérielle baisse graduellement après les crises convulsives dont le nombre est d'ailleurs de beaucoup diminué au fur et à mesure que l'organisme se sature de morphine.

L'action antitoxique de la morphine, qui semble découler de nos observations cliniques, ne pourra être prouvée que par des recherches expérimentales que nous nous proposons de faire plus tard. Mais, déjà, l'on peut dire que d'abord, la morphine ne s'accumule pas dans l'organisme éclamptique, puisqu'elle s'élimine rapidement par les reins, et que la morphine n'est pas toxique même à doses relativement élevées, chez les éclamptiques, puisque aucune de nos malades n'a présenté de symptômes cliniques permettant de prévoir une intolérance du médica-

(1) Huchard, *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 8 mai 1890.
(2) Picard. C. R. Académie des Sciences, 6 mai 1878.

ment : céphalée violente, hyperesthésie, vomissements, coma, refroidissement des extrémités, myosis extrême, etc., etc., mais que toutes celles qui ont été traitées à temps ont guéri et que la baisse du taux de l'albumine de leurs urines a été rapide. De plus, par suite de son action vaso-dilatatrice, la morphine atténue, puis supprime les effets de l'inhibition rénale, due à la congestion des reins par vaso-constriction de leurs capillaires et exagérant l'hypertension artérielle. La morphine paraît rétablir les fonctions urinaires, « ouvrir le robinet des urines », comme disait Pousson, avant que l'helmitol ne provoque la diurèse.

Mais, comme l'organisme n'est nullement à l'abri d'un retour offensif, le tube digestif étant sur toute sa longueur un réservoir de toxines qui passent dans la circulation générale, le traitement par les adjuvants est indispensable.

Diète hydrique. — La diète hydrique a pour but de supprimer l'apport de nouvelles toxines ou de nouvelles substances nuisibles ; elle est employée d'ailleurs aujourd'hui par tous les accoucheurs, c'est le régime qui doit être institué d'abord chez les intoxiquées.

Lavages de l'estomac et de l'intestin. — Ils sont indispensables pour éliminer les produits toxiques, produits de déchets, ptomaïnes, résultant des digestions et des fermentations intestinales.

Les lavages de l'estomac et de l'intestin, faits d'une façon précoce, favorisent, d'une façon manifeste, l'apparition des symptômes de détente. Les lavages d'intestin, à l'eau bouillie froide, favorisent, de plus, les contractions intestinales, permettant ainsi aux substances nuisibles, haut retenues sur la longueur du tube digestif, de se rapprocher de son extrémité terminale.

Helmitol. — Diurétique et antiseptique urinaire, le citrate d'urotropine, ou helmitol, employé aux doses de 4 grammes par jour, et prolongé huit jours après la convalescence, favorise l'élimination par les urines des toxines qui filtrent au niveau des reins. Il double et triple chez les éclamptiques et d'une façon très rapide, le volume des urines.

Dans les complications de l'éclampsie puerpérale, dont les plus fréquentes sont les congestions et les hémorragies, d'autres moyens thérapeutiques pourront être associés à ceux-là.

C'est ainsi que, dans les complications pulmonaires, congestion ou œdème aigu du poumon, des injections sous-cutanées d'oxygène gazeux, de l'oxygène en inhalation en quantité considérable, nous ont toujours donné d'excellents résultats, depuis que nous les employons systématiquement.

C'est à leur emploi que nous attribuons l'amélioration du pronostic dans nos plus récentes observations d'œdème pulmonaire que nous considérions autrefois comme devant, presque toujours, entraîner une terminaison fatale.

Dans ces complications pulmonaires graves, ayant résisté à l'emploi de l'oxygène et aux applications répétées de ventouses sur la région thoracique, on pourra recourir à l'emploi d'une saignée de 400 à 500 grammes, qui devra être faite, surtout dans le but d'abaisser la tension dans les cavités du cœur droit. On soutiendra en même temps le cœur par des injections répétées d'huile camphrée (deux centimètres cubes toutes les heures, par exemple) et de stimulants de l'activité cardiaque : caféïne, éther.

Faisons remarquer, en terminant, que la saignée n'aura pas pour but, en pareil cas, de combattre les crises con-

vulsives définitivement enrayées par la morphine, mais de lutter contre une des complications les plus graves de l'hypertension artérielle.

Pour édifier ce modeste travail, nous avons consulté une soixantaine d'observations d'éclamptiques, traitées à la Maternité d'Alger, par la morphine et ses adjuvants. Nous ne publierons ici que celles dans lesquelles, nous l'avons dit, la tension a été prise avec le même appareil : l'oscillomètre de Pachon. On pourra, d'ailleurs, consulter toutes les autres dans les thèses de nos excellents camarades, MM. les docteurs Barthès et Llabador, Thèses d'Alger, 1912.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS (1)

I. — Tension artérielle pendant la grossesse normale le travail, les suites de couches (2)

Observation I [1455, Série II] (Personnelle)

B... Dominica, 35 ans, VII pare. — D. R. : 10-14 juin 1913.
Pas d'antécédents personnels à noter.
Rien au cœur.
Pas d'albumine.
Régime ordinaire.

9 mai 1914,	tension artérielle :	12-7 ;	pouls :	80.
10 mai 1914,	—	12-7	—	84.
12 mai 1914,	—	11-7	—	84.
14 mai 1914,	—	12-6	—	80.
18 mai 1914,	—	12-6,5	—	76.
22 mai 1914,	—	11-7	—	72.
28 mai 1914,	—	11,5-7	—	72.

Observation II [1477, Série II] (*Résumée*, Personnelle)

A... Isabelle, 24 ans. — D. R. : 12-18 juin 1913.
Rien de particulier à signaler.

20 mai 1914,	tension artérielle :	13-7 ;	pouls :	72.
24 mai 1914,	—	12,5-7	—	70.
28 mai 1914,	—	12,5-6,5	—	70.

(1) Les numéros inscrits entre [ ] à propos de chaque observation indiquent leur numéro d'ordre dans les archives de la Maternité.

(2) Nous ne rapportons ici que quelques-unes des observations que nous avons prises à ce sujet au Pavillon Dubois.

Observation III [1507, Série II] (Personnelle)

V... Léa, Ipare, 24 ans. — D. R. 12 juin 1913. — Laryngite chronique.

Pas de rhumatismes. Rien au cœur. Rien au poumon. Pas d'albumine.

20 mai 1914,	tension artérielle :	13-8;	pouls :	80.
22 mai 1914,	—	13-8	—	72.
24 mai 1914,	—	12-7	—	70.
26 mai 1914,	—	12-7	—	70.
27 mai 1914,	—	12-6,5	—	72.
28 mai 1914,	—	12-7	—	76.

Observation IV [1508, Série II] (Personnelle)

B... Eugénie, III pare. D. R.

Pas d'antécédents personnels à signaler.

Cœur : bruits normaux. Rien aux poumons. Pas d'albumine.

20 mai 1914,	tension artérielle :	11-6;	pouls :	80.
22 mai 1914,	—	11-6	—	82.
24 mai 1914,	—	12-6	—	76.
26 mai 1914,	—	11-6,5	—	80.
28 mai 1914,	—	11-6	—	76.

Observation V [1443, Série II] (Personnelle)

A... Irène, I pare. — D. R. : 10-13 août.

Rien au cœur. Poumons normaux. Pas d'antécédents personnels à signaler. Urines normales.

9 mai 1914,	tension artérielle :	11-6;	pouls :	84.
10 mai 1914,	—	11-6	—	86.
12 mai 1914,	—	10,5-6	—	90.
14 mai 1914,	—	11-6	—	86.
16 mai 1914,	—	12-7	—	92.
17 mai 1914,	—	11-6	—	88.
20 mai 1914,	—	14-7	—	96.
		(après un copieux repas.)		
22 mai 1914,	—	11-6	—	84.
24 mai 1914,	—	11-6	—	86.
26 mai 1914,	—	11-6	—	90.
28 mai 1914,	—	11-6	—	86.

Observation VI [1462, Série II] (Personnelle)

A... Baya. — D. R. ? (Paraît à terme.)

Pas d'albumine. Corps tyroïde normal. Masque prononcé.

16 mai 1914,	tension artérielle :	11-6;	pouls :	84.
18 mai 1914,	—	11-6	—	86.
21 mai 1914,	—	11-6	—	82.
22 mai 1914,	—	12,6	—	86.
24 mai 1914,	—	11,6	—	80.
26 mai 1914,	—	11-6	—	80.
28 mai 1914,	—	11-6,5	—	76.

Observation VII [1506, Série II] (Personnelle)

T... L., 27 ans, II pare. — D. R. : 26 au 29 août 1913.

Après la première grossesse, éclampsie du post-partum très grave traitée dans le service et guérie (19 crises en vingt-cinq heures. — Morphine 0 gr. 075). (Observation rapportée plus loin).

Grossesse actuelle a évolué normalement.

Rien dans les urines. Régime ordinaire.

A son entrée à l'hôpital, où elle arrive à pied, sa tension artérielle est 14-8.

22 mai 1914,	tension artérielle :	13-8;	pouls :	80.
24 mai 1914,	—	12,5-7	—	76.
25 mai 1914,	—	12-7	—	80.
26 mai 1914,	—	12-7	—	76.
27 mai 1914,	—	12-7	—	72.
28 mai 1914,	—	11,5-7	—	84.

Observation VIII [1514, Série II] (Personnelle)

S... C..., VI pare. — D. R. : 13-17 septembre 1913.

Légère induration du sommet droit en arrière. Rien au cœur Pas d'albumine.

24 mai 1914,	tension artérielle :	12-7;	pouls :	96.
25 mai 1914,	—	11-6	—	90.
26 mai 1914,	—	11,5-6	—	84.
27 mai 1914,	—	12-7	—	88.
28 mai 1914,	—	12-8	—	72.

Observation IX [1497, Série II] (Personnelle)

E... C..., III pare. — D. R. : 26 au 29 août 1913.

Rougeole. Paludisme. Pas d'autre antécédent.

Rien au cœur. Poumons sains. Pas d'albumine. Régime ordinaire. Pas de masque. Corps tyroïde normal.

15 mai 1914, tension artérielle : 11-6; pouls : 72.
16 mai 1914, — 11,5-6 — 70.
17 mai 1914, — 11-7 — 72.
19 mai 1914, — 11-6 — 76.
21 mai 1914, — 12-7 — 76.
22 mai 1914, — 11-6 — 72.
25 mai 1914, — 14-8.

Col en voie d'effacement.

Travail. — Dilatation 2 francs..... tension artérielle : 14-8
Dilatation complète..... — 16-7
Au moment de la contraction, utérine douloureuse..... — 17-8
Entre deux douleurs efficientes.... — 16-8
Au moment de l'expulsion fœtale.. — 18,5-9
Immédiatement après l'expulsion.. — 13-7

Délivrance. — Durée totale du travail : 10 heures. Poids du fœtus : 2 k. 800.

10 minutes après l'accouchement ..... hauteur utérine 16 cm. tens. art. 14-8
20 minutes après..... — 20 cm. — 14-8
Expulsion du placenta..... — 14,5-8
Immédiatement après l'expulsion..... — 13-7

Suites de couches. — Une heure après la délivrance, tension artérielle, 13-7.

26 mai matin, tension artérielle : 13-6,5; pouls : 60 ; temp. : 37°
27 mai — 11-6 — 64 — 36°9
28 mai — 12,5-7 — 72 — 37°

Montée de lait dans la nuit.

29 mai — 13-7 — 72 — 37°2
30 mai — 12-7 — 70 — 36°9
31 mai — 12-7 — 78 — 37°

Observation X [1468, Série II] (Personnelle)

S... Philomène, 18 ans, I pare. — D. R. : 8-11 septembre 1913.

Typhoïde à 12 ans. Rien au cœur. Poumons sains. Pas de masque. Urines normales : pas d'albumine.

9 mai 1914, tension artérielle : 13-7; pouls : 80.
10 mai 1914, — 13-7 — 67.

11 mai 1914, tension artérielle : 12-6 ; pouls : 74
13 mai 1914, — 12-6 — 76.
15 mai 1914, — 12-6 — 72.
19 mai 1914, — 12-5 — 76.
20 mai 1914, — 12-6 — 72.
22 mai 1914, — 12-6 — 72.
23 mai 1914, — 13-7 — 76.
Quelques douleurs mouches.
24 mai 1914, — 13-7 — 80.
Pas de travail.
25 mai 1914, accouchement prématuré provoqué.

(Bassin limite. Promontoire accessible.)

PPM = 9 cm.

Dilatation comme 0 fr. 50 tension artérielle : 13,5-7 ; pouls : 86.
26 mai, dilatation comme 5 fr.; — 14,5-8 — 90.
Dilatation complète..... — 15-8 — 96.

La tête ne s'engageant pas et devant la souffrance du fœtus, on fait une version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant du sexe masculin. Poids : 2 k. 800.

Immédiatement après l'expulsion, tension artérielle : 13-7 ; pouls : 100.

Délivrance artificielle.

Après la délivrance : tension artérielle : 13-7.

Suites de couches :

27 mai 1914, tension artérielle : 13-7; pouls : 92; température : 37°3
28 mai 1914, — 13-7 — 96 — 37°2
29 mai 1914, — 13,5-7 — 98 — 37°
Montée de lait dans la nuit.
30 mai 1914, — 14-8 — 92 — 37°
31 mai 1914, — 13-7 — 96 — 36°8
1er juin 1914, — 12-6 — 92 — 37°
2 juin 1914, — 12-6 — 96 — 37°

Observation XI [1492, S.II] (Personnelle)

B... A..., 21 ans, I pare. — D. R. : 2-4 septembre 1913.

Pas d'antécédents à signaler. Corps tyroïde normal. Pas de masque. Urines : légères traces d'albumine.

16 mai 1914, tension artérielle : 13-6; pouls : 76.
17 mai 1914, — 13-6 — 72.

Le 17 mai, dans la nuit, expulsion d'un enfant du sexe masculin du poids de 3 k. 750. Délivrance normale.

Suites de couches :

18 mai 1914, tension artérielle : 13-7; pouls : 80; température : 36°9
19 mai 1914, — 13-7 — 90 — 36°8
20 mai 1914. La montée de lait s'est effectuée dans la nuit.
tension artérielle : 17-8; pouls : 100; température : 37°
21 mai 1914, — 16-7 — 96 — 36°9
22 mai 1914, — 14-7 — 90 — 37°
23 mai 1914, — 14-7,5 — 80 — 36°9
24 mai 1914, — 14-6 — 70 — 36°8
25 mai 1914, — 14-6 — 76 — 37°
26 mai 1914, — 14-6 — 76 — 37°
27 mai 1914, — 13-6 — 76 — 37°

Observation XII [1474, S. II] (Personnelle)

B... Marie, I pare, 21 ans. — D. R. : 15-20 août 1913.

Antécédents personnels : coqueluche, rougeole, pas d'autre maladie.

Corps tyroïde assez volumineux. Masque très prononcé.

Poumons sains. Au cœur, léger éclat aortique. Pollakiurie nocturne. Urines claires, pas d'albumine.

Dermatose (acné qui disparut après l'accouchement).

8 mai 1914; tension artérielle : 17-9; pouls : 70.
9 mai 1914, — 16-9 — 70.
10 mai 1914, — 16-9 — 72.
12 mai 1914, — 15-8 — 80.
15 mai 1914, — 15-8 — 72.
17 mai 1914, — 15,5-8 — 72.

Epreuve de la diurèse provoquée : normale.

L'analyse complète des urines de 24 heures (2 litres) montre une élimination normale des chlorures et de l'urée.

18 mai 1914, tension artérielle : 15-8; pouls : 76.
20 mai 1914, — 15,5-8 — 72.
23 mai 1914, — 15,5-8 — 76.
24 mai 1914, — 14-8 — 72.

25 mai 1914, 8 heures, tension artérielle : 15-9 ; premières douleurs.
— 14 heures, — 15-8 (dilatation comme 2 francs).
— 18 heures, — 15-8 (dilatation comme 5 francs).

Après dilatation complète :

Entre deux douleurs expulsives.... tens. art. : 16-7
Pendant la douleur..... — 18-9
Après l'expulsion fœtale..... — 16-7; pouls : 100.

Délivrance :

10 minutes après accouchement.. tens. art. : 17-7
20 minutes après..... — 17-7
Expulsion du placenta..... — 17,5-8
Après expulsion du placenta..... — 15-8

Suites de couches :

26 mai 1914, tension artérielle : 15-8; pouls : 96; température : 36°8
27 mai 1914, — 14-7 — 92 — 36°9
28 mai 1914, — 15-8 — 96 — 37°
Montée de lait dans la nuit.
29 mai 1914, — 15,5-9 — 96 — 37°1
30 mai 1914, — 13-7 — 92 — 36°9
31 mai 1914, — 13-7 — 90 — 36°9
1er juin 1914, — 13-7 — 90 — 36°8

Observation XIII [1484, S. II] (Personnelle)

(Publiée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, réunion d'Alger, par MM. Rouvier, Benhamou, Pouget, le 13 juin 1913)

Œdème suraigu du poumon chez une femme enceinte à terme ne présentant aucune affection cardiaque ni rénale. — Accouchement provoqué — Guérison.

M... M..., épouse Pr..., II pare, 30 ans, se présente le 6 mai 1914, à dix heures, à la consultation gratuite de la Maternité et demande son admission à l'hôpital pour y faire ses couches.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants ; 7 frères ou sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole en bas-âge. Réglée à seize ans ; toujours bien réglée. Il y a cinq ans environ, crise de rhumatisme articulaire subaigu ayant évolué sans fièvre et localisé aux membres inférieurs.

Une grossesse antérieure, accouchement à terme, terminé par un forceps dans l'excavation pour inertie utérine.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Dernières règles du 26 au 30 août 1913.

Au cours d'un premier examen rapide, on constate : un abdomen volumineux, un utérus s'élevant à 34 cm. au-dessus de la

symphyse pubienne. Quelques varices superficielles des membres inférieurs.

Au cours du palper, la malade est prise d'un malaise subit, elle asphyxie, présente de la cyanose du visage et des extrémités. On l'apporte près de la fenêtre ; sa poitrine est secouée par une montée de râles fins qui l'étouffent ; elle perd connaissance.

A l'auscultation, on fait facilement le diagnostic d'œdème aigu du poumon, confirmé bientôt par une expectoration spumeuse, rosée, très abondante.

On applique immédiatement un traitement d'urgence énergique : saignée de 400 grammes environ, ventouses scarifiées aux deux bases, oxygène en injections sous-cutanées et en inhalations (quarante-cinq litres ont été employés au cours de la journée), huile camphrée, éther pour soutenir le cœur.

Au cours de la crise, perte totale de connaissance. Respiration stertoreuse. Troubles sphinctériens. Le cathétérisme vésical ramène une urine claire, limpide : pas d'albumine.

La tension artérielle prise immédiatement après la saignée était de 24-9 au Pachon.

La crise dure une heure environ ; la malade revient à elle, mais présente une dyspnée considérable. Sur les conseils de M. le professeur Rouvier, on décide de provoquer immédiatement l'accouchement pour soulager la parturiente. Les bruits du cœur fœtal ne sont, d'ailleurs, perçus nulle part.

A 11 h. 30, on introduit dans le col un petit ballon de Champetier de Ribes de 20 cc., qui est expulsé vers 14 heures. Au toucher, on constate alors que le col est ramolli, en voie d'effacement ; la dilatation est de deux francs environ.

On met dans le col un deuxième ballon de 60 cc. de capacité. Les contractions utérines sont plus rapprochées et plus vives ; ce ballon est expulsé vers 18 heures. La dilatation est alors de 5 francs, le col est facilement dilatable. La femme se sent très fatiguée.

Pas de bruit du cœur fœtal. On décide de terminer rapidement l'accouchement.

Sous-anesthésie au chloroforme, on complète la dilatation par la méthode de Bonnaire. On rompt les membranes, la tête descend en OIGA. On tente alors prudemment une application du forceps au détroit supérieur prise fronto-mastoïdienne directe quant au bassin. Des tractions prudentes n'amenant aucun résultat, on refoule la tête et on fait une version par manœuvres internes. On termine par un forceps sur la tête dernière, la manœuvre de Mauriceau ayant échoué (Dr Dana).

Extraction d'un fœtus mort, du poids de 3 k. 820. Délivrance

artificielle. Placenta de 520 grammes présentant de nombreux infarctus blancs et un infarctus rouge récent et volumineux.

Deux points de suture superficiels au périnée. Injection intra-utérine au Tarnier.

7 mai. La nuit a été calme. La malade est bien reposée. A l'auscultation, le poumon présente encore une pluie de râles fins disséminés.

Au cœur, pas d'exagération de la matité. Pas d'hypertrophie du ventricule gauche. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire.

Pas de bruit de galop ni d'éclat aortique.

Urines dans les 24 heures : 1 litre 500. Tension artérielle : 18-9.

L'analyse des urines ne révèle ni sucre ni albumine. L'élimination des chlorures et de l'urée sont normales.

8 mai. Tension artérielle : 17-9. Viscosité sanguine : 4,9. Pouls : 96.

Urée dans le sérum : 0 gr. 422 par litre (pas de rétention azotée).

9 mai,	tension artérielle :	17-9 ;	pouls :	80 ;	température :	37°2
10 mai,	—	17-9	—	80	—	37°4
11 mai,	—	17-9	—	76	—	37°6

Céphalée légère. Grande amélioration au point de vue pulmonaire. Plus de râles, pas de dyspnée, plus d'expectoration.

12 mai,	tension artérielle :	16-8 ;	pouls :	72 ;	température :	37°2
13 mai,	—	16-8	—	76	—	37°6
14 mai,	—	15-8	—	72	—	36°8
15 mai,	—	14-8	—	72	—	37° (premier lever)
16 mai,	—	14-8	—	80		
17 mai,	—	14-8	—	76		
18 mai,	—	14-8	—	72		

Sort sur sa demande tout à fait rétablie.

II. — Tension artérielle dans l'Albuminurie gravidique

Observation XIV [1147, S. I]

In thèse Llabador, Alger, 1912, page 65

Albuminurie gravidique

Dans la matinée du 27 décembre 1908, entre à la salle de travail, la nommée V... D..., épouse A..., âgée de 27 ans, III pare. A ce moment, la température est 37°2. Une demi-heure après, la parturiente expulse un fœtus du sexe féminin du poids de 950 gr. Placenta truffé, poids 220 gr. (avortement de la fin du sixième mois).

L'analyse des urines révèle la présence d'une grande quantité d'albumine (16 grammes à l'Esbach).

Tension artérielle : 19.

Régime lacté absolu.

29 décembre. Troubles de la vue, dyspnée, œdème des membres inférieurs, constriction vive au creux épigastrique.

Tension artérielle : 19,6 ; albumine : 16 gr. 50.

En présence de ces symptômes, on institue un traitement énergique (grands lavages de l'estomac et de l'intestin, diète hydrique, helmitol).

30 décembre,	tension artérielle :	18 ;	albumine :	2 gr.
31 décembre,	—	17,8	—	2 gr. 50
1 janvier,	—	17,5	—	2 gr.
2 janvier,	—	16,5	—	1 gr.
3 janvier,	—	15	—	0 gr. 75

5 janvier. La malade, se sentant beaucoup mieux, demande à sortir.

Observation XV [793, S. II] (Personnelle)

(publiée par M. le Pr Rouvier, *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynecologie*, Paris, juin 1913)

Albuminurie gravidique. — Troubles prééclamptiques. — Morphine 0,045 milligrammes en huit heures. — Guérison sans accidents.

Marie R..., épouse R., âgée de 39 ans est transportée sur les conseils de M. le Pr Rouvier à la Maternité d'Alger le 5 décembre 1912 à 9 heures pour menaces de crises d'éclampsie.

Antécédents héréditaires : Père et mère vivants et bien portants ont eu 7 enfants, dont 6 sont encore vivants et bien portants. L'aîné, allaité par sa mère, fut emporté à dix mois par des convulsions. Sa mère lui donna le sein, après avoir éprouvé une vive frayeur.

Antécédents physiologiques : a toujours bien marché depuis l'âge de onze mois. Réglée à douze ans et demi, mais irrégulièrement.

Antécédents pathologiques : rougeole à deux ans, paludisme à l'âge de huit ans, qui a persisté durant une huitaine d'années.

Mariée à vingt-deux ans. Quatre accouchements antérieurs et eutociques. Le dernier accouchement remonte au 27 mars 1907. Les 4 enfants, 3 filles et 1 garçon, sont vivants et bien portants.

Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 16 mars. La grossesse paraît parvenue au milieu du neuvième mois.

La malade présente de la céphalée, une dyspnée considérable, des troubles de la vue, un douleur épigastrique. Elle a eu des vomissements pendant toute sa grossesse, avec aigreurs stomacales.

Les urines renferment une quantité notable d'albumine (4 gr. 6 par litre).

A l'entrée de la malade, à 9 heures, dans le service, nous sommes frappés de l'infiltration œdémateuse des parois abdominales et des membres inférieurs. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 1 m. 19. La circonférence de chaque cuisse au tiers supérieur est de 0,68 centimètres. Celle de chaque jambe, au-dessous du genou, est de 0,52 centimètres.

Cette malade est grande, taille 1 m. 74, tronc 0 m. 84, et bien conformée. Son quadrilatère obstétrical est régulier. Diag. vertic., 0,085+0,075=0,16 centimètres ; diagon. horizont. 5+5=0,10 centimètres. Le bassin a des dimensions normales. Dia. Baudelocque 21, dia. bisépineux 24, dia. bicrête impossible à mesurer, à cause de l'œdème abdominal ; dia. bi-ischiatique, 0,10 centimètres.

A *9 heures*, la tension artérielle, au Pachon, est : maximum 22, minimum 11. *10 heures*, première injection hypodermique de 0,01 centigramme morphine. *10 h. 30*, lavage intestinal de 6 litres. Selles très fétides. *11 heures*, injection hypodermique : morphine 0,01. *12 heures*, morphine 0 g. 01. *14 heures*, morphine 0 g. 005. Lavage stomacal à l'eau stérilisée. 16 *heures*, morphine, 0 g. 01. La femme est en travail depuis le matin (à 14 h. la dilatation était à ses débuts (2 f.), col effacé, non aminci. La poche des eaux bombe fortement. La dilatation est complète à 16 heures.

Présentation : sommet défléchi avec tendance à la présentation du front.

La malade est transportée à la salle de travail. 16 h. 30, expulsion, en présentation du front, d'un fœtus féminin, du poids de 3.900 grammes, long de 0,51 centimètres, ayant les diamètres suivants : SF. 12,5, sous-OF, 11,5 bi-P. 10, OM. 13,5, sous-O. 10, bi-T. 8, sous-M, 12, grande circonférence 37, petite circonférence 32. Biacromial non réduit 14, bitrochantérien non réduit 12. 17 heures, délivrance. Le placenta, du poids de 585 grammes, avec cordon de 47 centimètres, à insertion marginale, se présente par le bord. Il est en partie découronné. Rétention de membranes. Injection intra-utérine, massage utérin sans résultat. Délivrance artificielle injection intra-utérine. Température 37°, pouls 84, globe de sûreté.

18 heures. Sixième injection de 0,005 de morphine. Tension artérielle au Pachon 21-10. Urines abondantes : 750 grammes.

21 heures. Helmitol 0,50 ; diète hydrique.

6 décembre. 4 heures, troisième cachet d'helmitol 0,50 centigrammes, diète hydrique. 6 h. 30, cathétérisme, 375 grammes urines. Pouls 70, température 36°9. Soir, pouls 70, température 36°6.

7 décembre. Lavage stomacal et intestinal matin et soir. 7 heures, pouls 90, température 36°5, 0,50 centigrammes helmitol. 10 heures, 0,50 centigrammes helmitol. 13 heures, 0,50 centigrammes helmitol. 17 heures, 0,50 centigrammes helmitol. 18 heures, pouls 90, température 37°6.

8 décembre. Nouveaux lavages stomacaux et intestinaux matin et soir. Continuation de 2 grammes d'helmitol en 4 doses. Diète hydrique. Matin, pouls 92, température 37°8 ; soir, pouls 98, température 37°9. La montée de lait s'est faite.

9 décembre. Lavage intestinal matin et soir. Selles diarrhéiques. Cachets avec benzonaphtol 2 grammes, salicylate de bismuth 3 grammes, en 10 cachets. Matin, pouls 84, température 36°8 ; soir, pouls 95, température 37°7. Diète lactée avec eau alcaline.

10 décembre. Excellent état général. Régime mixte déchloruré et lacté. Plus d'albumine dans les urines. Continuation des cachets au benzonaphtol et au salicylate de bismuth. Matin, pouls 84, température 36° ; soir, pouls 116, température 37°.

Les suites de couches sont entièrement physiologiques.

14 décembre 1912, mère et enfant sortent du service en excellent état.

Observation XVI [1103, Série II]

(Prise par M. Lemoine, Interne à la Maternité)

Albuminurie et grossesse. — Accouchement prématuré spontané à 7 mois 1/2. — Fœtus mort et macéré.

Père et mère décédés. Quatre frères ou sœurs décédés d'affections inconnues ; 3 frères vivants bien portants.

L. I., 31 ans. Pas de maladies infectieuses dans son enfance, rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques il y a huit ans. Phlébites il y a trois ans et il y a deux ans.

Cinq grossesses antérieures dont deux se sont terminées par des accouchements prématurés spontanés à huit mois (enfants morts-nés) les deux autres à terme.

D. R. 28 au 30 novembre 1912.

Entre dans le service le 17 juillet 1913. Elle présente à son entrée un œdème considérable des membres inférieurs qui se manifesta il y a quinze jours seulement en même temps que s'installèrent des troubles de la vue, une céphalée violente et des bourdonnements d'oreille.

La hauteur utérine est de 25 centim., le bassin est normal, bien conformé.

Au cœur à la mitrale double souffle de retrécissement et d'insuffisance. Légère cyanose du visage et des extrémités.

Râles de congestion aux deux bases pulmonaires. Pouls arythmique, 112.

Tension artérielle : 25-13.

Albumine dans les urines 9 gr. (Réact. d'Esbach). Traitement: Régime lacté; théobromine, 2 grammes par jour ; digitale ; caféïne ; ventouses scarifiées.

18 juillet. Amélioration notable. Respiration plus facile l'œdème diminue.

Pouls, 100. Tension artérielle, 25-13. Urines 1250 grammes. Céphalée persistante. Troubles de la vue.

21 *juillet.* Amélioration plus sensible, plus d'œdèmes.

Pouls, 100 régulier. Tension artérielle, 25-12. Urines, 1300 gr. Régime lacto-végétarien sans sel.

22 juillet. Tension artérielle, 25,5-12,5.

23 juillet. Tension artérielle, 24-12. Urines 1250 grammes.

Cœur régulier pouls 88. Plus de râles de congestion aux bases. Plus de céphalée, plus d'insomnie.

24 juillet. Tension artérielle, 28-13.

30 juillet. Tension artérielle, 28-13. Les troubles de la vue réapparaissent en même temps qu'une céphalée frontale.

1er août. Examen des yeux (Dr Chardin).

O. D. nombreuses taches d'œdème de la rétine dans la région maculaire.

O. G. œdème et hémorragies rétiniennes dans la région maculaire.

2 août. Albumine, 3 gr. 50. Plus d'œdèmes, plus de dyspnée. Céphalée légère.

4 août. Accouchement spontané d'un enfant mort et macéré du poids de 1 k. 520. Placenta présentant de nombreux infarctus, poids, 250 grammes.

7 août. Tension artérielle, 23-12.

Suites de couches normales ; disparition de l'albumine au bout de quelques jours.

15 août. Poussée d'endométrite enrayée par quelques injections intra utérines. La malade quitte le service le 20 à peu près rétablie.

Observation XVII [1354, Série II]

(Prise par M. Bit, Interne à la Maternité)

Albuminurie et grossesse. — Accouchement prématuré spontané à 6 mois 1/2. — Hémorragie rétro-placentaire.

Z. S... 37 ans, V pare entre au pavillon de travail le 2 février 1914 pour des hémorragies utérines au cours de la grossesse ayant nécessité en ville un tamponnement vaginal.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Réglée à 15 ans, toujours bien réglée, aucune maladie, sauf des rhumatismes, il y a quatre ans environ ; quatre accouchements antérieurs à terme et eutociques. Une fausse-couche de deux mois, il y a trois ans.

La grossesse actuelle a évolué normalement, sans albumine dans les urines jusqu'au 1er février. Le 1er février, à 5 heures du soir, hémorragie abondante qui nécessite son entrée à l'hôpital.

A son entrée, on constate un col effacé, dilaté comme deux francs, pas d'engagement.

On fait un nouveau tamponnement vaginal, on soutient le cœur par des injections d'huile camphrée, d'éther et de caféïne.

2 *février*. A 6 heures, à la dilatation complète, rupture de la poche des eaux. Expulsion d'un fœtus mort et macéré du poids de 1 kil. 180, liquide amniotique très abondant. Après l'expulsion spontanée du placenta, l'utérus augmente de volume, se remplit de caillots. Position de Trendelenburg. Introduction de la main dans l'utérus pour le vider. Compression intra-utérine, l'hémorragie s'arrête. Ergotine, huile camphrée. Injection intra-utérine.

11 heures. Pouls filiforme, lèvres et muqueuses décolorées, vertiges, bourdonnements d'oreilles, crampes dans les jambes. Injection de sérum artificiel (500 gr.).

6 heures soir. Etat général meilleur. Pouls 130. Tension artérielle 25-12. Viscosité 2,5. Urines, dans les vingt-quatre heures : 1.100 granmmes. Albumine 3 gr.

3 *février*. Matin, pouls 116. Tension artérielle 18,5, 8,5.

Bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue.

Soir : céphalée intense, œdème palpebral, un peu de raideur de la nuque. Pas de Kernig.

Ponction lombaire : on retire 10 c.c. de liquide clair, hypertendu, hyperalbumineux.

4 *février*. La céphalée est moins vive. Photophobie, troubles visuels persistants.

Matin : T. A. 20-10. Pouls 100.

Soir : T. A. 22-11. Pouls 104.

5 *février*. Céphalée persistante, bourdonnements d'oreilles.

T. A. 22-11. Albumine 1 gr. Urines 1.000 gr.

Râles d'œdème aux deux bases pulmonaires (ventouses scarifiées).

6 *février*. Ponction lombaire : liquide clair, hypertendu. Le soir, la céphalée paraît moins vive.

Urines abondantes. T. A. 21-11.

7 *février*. Régime végétarien déchloruré. Réduction des liquides. Suppression du lait. Morphine 0 gr. 005.

T. A. 21-11

8 *février*. Amélioration notable, plus de céphalée, crampes dans les mollets. Guipsine 0,30.

9 février, tension artérielle : 17-9.
10 février, — 15,5-8.
12 février, — 151-8, guipsine, 0 gr. 15

14 février, état général bon, plus d'œdème des membres inférieurs, faciès plus coloré. Tension artérielle : 16-10.

16 février, tension artérielle : 17-10,5.
18 février, — 15,5-10,5. Viscosité, 2,3.
19 février, — 15-10. Albumine, 1 gr.
20 février, — 16-10,5. La malade se plaint de nouveau de la tête. Pas de troubles visuels.
21 février, tension artérielle : 17-9,5. Albumine, 0 gr. 50.
22 février, — 16-9.
23 février, — 15-9. Plus d'albumine.
27 février, — 15-9,5.
1 mars, — 15-9.
2 mars, — 15-9.
3 mars, — 15-9.

Sort en excellent état.

Observation XVIII [1447, Série II] (Personnelle)

Albuminurie et grossesse. — Accouchement prématuré spontané à 7 mois. — Enfant mort et macéré.

D. M... L., 40 ans ; entre à l'hôpital le 6 avril 1914.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Antécédents personnels : Rougeole en bas âge, variole à 13 ans, rhumatisme articulaire subaigu, il y a un an environ.

Huit grossesses antérieures, ayant évolué normalement et suivies d'accouchements à terme et eutociques. Entre la septième et la huitième grossesse, un avortement spontané de trois mois environ.

D. R. 25 au 29 septembre 1913.

La grossesse actuelle a évolué normalement (quelques vomissements seulement dans les premiers jours) jusqu'au 15 mars 1914. A cette époque, la malade ressent quelques vagues troubles de la vue, voit des brouillards devant ses yeux. Une céphallalgie tenace s'installe, la malade reste des nuits sans dormir. Elle consulte un médecin qui, constatant de l'albumine dans ses urines, prescrit un régime lacté absolu. Ce régime fut rigoureusement suivi par la malade, l'amélioration qu'il provoqua ne fut que passagère. La femme se décide à entrer à l'hôpital, à cause de sa céphalée et de son insomnie qui persistent.

A son entrée, elle présente un œdème volumineux et dur des membres inférieurs.

Albumine dans les urines 4 gr. 25 par litre (au réactif d'Esbach).

Tension artérielle 26-13.

Au cœur, on constate un peu d'éclat aortique, sans bruit de galop, sans hypertrophie du ventricule gauche.

Rien aux poumons. Foie de volume normal, non douloureux. Rate non perceptible ; pas de fièvre.

L'utérus, assez volumineux, s'élève à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Les bruits du cœur fœtal sont perçus dans la région ombilicale.

Régime institué dès l'entrée dans le service : bouillon de légumes sans sel. Helmitol 3 grammes par jour. Lavage intestinal de 6 litres.

7 avril,	tension artérielle :	26-13	; urines :	300 g.	; alb. :	4 g.	25
8 avril,	—	26-13	—	350 g.	—	5 g.	
9 avril,	—	25,5-13	—	1.000 g.	—	6 g.	

Urée dans le sérum 0 gr. 40. Etat général stationnaire. Céphalée persistante.

Helmitol, 4 grammes. Extrait de gui 0 gr. 15.

10 avril,	tension artérielle :	24-11,5	; urines :	900 g.			
11 avril,	—	23,5-12	—	950 g.	; alb. :	2 g.	
12 avril,	—	23,5-12	—	800 g.	—	2 g.	
13 avril,	—	22-11	—	450 g.	—	2 g.	

Râles de congestion aux deux bases (Ventouses sèches, potion calmante). Régime déchloruré.

14 avril,	tension artérielle :	22-11,5	; urines :	500 g.	; alb. :	2 g.	
15 avril,	—	23-12	—	500 g.	—	1 g.	50
16 avril,	—	22-11,5	—	1.000 g.	—	1 g.	50

Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus. Même régime.

17 avril,	tension artérielle :	20-12	; urines :	1.500 g.	; alb. :	1 g.	
18 avril,	—	19-12	—	1.200 g.	—	1 g.	
19 avril,	—	19-12	—	1.250 g.	—	1 g.	50
20 avril,	—	21-11	—	750 g.	—	2 g.	
21 avril,	—	19-12	—	700 g.	—	2 g.	
22 avril,	—	18,5-10	—	875 g.	—	2 g.	
23 avril,	—	21-11	—	875 g.			g.

Cette nouvelle poussée hypertensive sans phénomènes généraux fait prévoir par M. Rouvier un accouchement prochain. Vers minuit, la femme ressent de petites douleurs. Vers 8 heures, elle expulse des glaires.

Tension artérielle : 22-10,5.

Les douleurs deviennent de plus en plus vives à 16 h. 15, expulsion d'un enfant du sexe masculin mort et macéré. Délivrance

normale. Placenta prœvia latéral présentant de nombreux infarctus blancs.

Après la délivrance, tension artérielle : 23-12.

24 avril,	tension artérielle :	22-10,5 ;	urines :	900 g. ;	alb. :	1 g. 50
25 avril,	—	19-10	—	950 g.	—	1 g. 25
26 avril,	—	18-10	—	850 g.	—	1 g.
27 avril,	—	18-9	—	900 g.		g.
28 avril,	—	17-9,5	—	800 g.		g.
29 avril,	—	18-10	—	800 g.	—	1 g.
30 avril,	—	18-9,5	—	1.000 g.	—	0 g. 75
1 mai,	—	17-9,5	—	1.200 g.	—	0 g. 50
2 mai,	—	16-9	—	1.300 g.	—	traces
3 mai	—	16-9	—	1.500 g.		g.
4 mai,	—	16-9				g.g.

Départ. Excellent état général.

III. — Tension artérielle dans l'Éclampsie puerpérale

Observation XIX [1782, Série II]

(Prise par M. Bardy, interne à la Maternité, publiée par M. le Professeur Rouvier, *in Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 14 décembre 1912.)

Éclampsie ante partum. — Poussée hypertensive au cours de la convalescence annonçant un début de travail.

La nommée M... J..., cuisinière, 31 ans, est admise d'urgence à la Maternité, le 25 novembre 1912, à 18 heures, avec le diagnostic d'éclampsie puerpérale.

C'est une IV pare, dont toutes les grossesses ont été interrompues prématurément, la première à 6 mois ½, la deuxième et la troisième à 7 mois, la quatrième à 8 mois. Le quatrième fœtus, né vivant, n'a vécu que quelques jours. Ce dernier accouchement remonte au 19 octobre 1911.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en parfaite santé ; ont eu sept enfants dont un mort à sept ans ; les autres sont actuellement bien portants.

Antécédents personnels. — Premiers pas à 15 mois. Réglée à 15 ans.

D. R. 30 mars au 2 avril 1912. D'après le volume utérin, la grossesse paraît parvenue au début du huitième mois ou à la fin de la seconde quinzaine du septième.

Bruits du cœur nettement perçus au niveau de l'ombilic.

La grossesse aurait évolué normalement jusqu'au 24 novembre. A cette époque, son médecin habituel avait soumis sa cliente au traitement antispécifique.

24 novembre. — Dans la matinée, la malade se plaint de céphalée violente, qui augmente dans la nuit. Malaise général.

25 novembre. — La fatigue est telle que la malade refuse de se lever ; elle se purge.

9 heures. — Première crise d'éclampsie.

11 heures. — Deuxième crise. Le docteur appelé fait l'analyse des urines et constate la présence d'une grande quantité d'albumine. Il prescrit une potion avec 10 grammes de chloral.

14 h. 30. — Troisième crise. La malade absorbe une cuillerée à soupe (1 gr. 25 de chloral) ; une heure après une seconde cuillerée. On la transporte à l'hôpital. Dès l'admission au pavillon Tarnier, la maîtresse sage-femme fait administrer le traitement classique du Professeur Rouvier.

19 heures. — Cathétérisme vésical. 10 grammes d'urine acajou foncé. *14 grammes d'albumine par litre.*

Lavage intestinal. Helmitol, diète hydrique.

21 h. 30. — Morphine 0 g. 01. Tension artérielle : 19-9.

22 h. 30. — Morphine 0 g. 01 (deuxième injection).

23 h. 30. — Troisième injection de morphine.

26 novembre. — A 1 h. 30, morphine 0 g. 005. A 3 h. 30, dernière injection de 0 g. 005 de morphine.

A la visite, à 8 heures, le professeur Rouvier trouve l'état général satisfaisant. La malade a sa connaissance, mais présente de l'amnésie concernant sa maladie actuelle. Il prescrit : diète hydrique, helmitol 4 grammes dans la journée.

Jusqu'à 18 heures, le total des urines recueillies *atteint à peine le chiffre de cent soixante grammes.* L'urine est toujours très foncée ; le taux de l'albumine oscille entre 4 gr. 50 et 3 gr. 50 par litre.

18 heures. — L'action diurétique de l'helmitol se manifeste nettement : 18 heures, 200 grammes.

23 heures. — 250 grammes d'urines ne contenant plus que 0 g. 15 d'albumine.

A 10 h. 30, tension artérielle : 19,7-9.
A 18 h., — 21-9,5.

27 novembre. — *10 h. 30*, tension artérielle : 18-9 ; pouls : 60 ; température : 36°5.

16 heures. — Tension artérielle : 20-10.

Urines dans les 24 heures : 1.765 gr. (jaune paille sans dépôt). Albumine : 0,05 par litre.

Diète hydrique, heltimol 4 gr.

28 novembre. — *10 heures*, tension artérielle : 21-11 ; température : 36°6.

18 h. 30, tension artérielle : 21-10,5.

Urines dans les 24 heures : 1.725 grammes. Pas d'albumine.

Diète hydrique, heltimol 4 gr.

29 novembre. — *8 heures*, tension artérielle : 24-12 ; température : 36°6. Cependant état général excellent. Les mesures de la tension refaites avec soin donnent toujours le même résultat.

M. Rouvier attribue ce brusque retour de l'hypertension à un

travail d'expulsion fœtale. Depuis près de 48 heures, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Le toucher vaginal montre un col de multipare légèrement entr'ouvert et permettant l'entrée de la pulpe du doigt ; pas d'effacement, pas de contractions utérines.

Malgré cette absence de tout symptôme clinique indiquant un commencement de travail, M. le professeur Rouvier maintient sa première interprétation de l'hypertension artérielle, survenue si brusquement, avec un état général si satisfaisant, annonce que l'expulsion fœtale doit être attendue avant vingt-quatre heures et prescrit de prendre toutes mesures en conséquence.

18 heures, tension artérielle : 24,5-12,5.

Urines dans les 24 heures : 1 l. 800. Pas d'albumine.

19 heures. — Quelques contractions indolores apparaissent, mais très espacées.

30 novembre. — A 2 heures, les contractions utérines deviennent plus énergiques et se rapprochent. Désormais le travail suit sa marche régulière. La dilatation de l'orifice utérin commence vers 3 heures.

A 7 h. 30, la dilatation est complète, transfert de la paturiente à la salle de travail. Le fœtus est en OIDP. Pas de bruits cardiaques.

Après la rupture tempestive et spontanée de la poche des eaux, expulsion rapide en occipito-pubienne d'un fœtus du sexe féminin mort et macéré : poids, 1 k. 970.

Placenta truffé : 400 grammes, expulsé avec les membranes à 7 h. 45.

8 heures, tension artérielle, 20-10,5.

Helmitol, 3 grammes par jour. Régime lacté. Urines claires abondantes. Pas d'albumine.

Suites de couches :

1 décembre,	tension artérielle :	19,5-10.
2 décembre,	—	20-11.
3 décembre,	—	19-10.5.
4 décembre,	—	19-10.
5 décembre,	—	18-9,5.
6 décembre,	—	18-9.
7 décembre,	—	17-9.
8 décembre,	—	16,5-9,5.

L'amnésie post-éclamptique a persisté jusqu'au 3 décembre.

La femme sort le 8, complètement rétablie.

Observation XX [976, Série II] (Personnelle)

Éclampsie ante partum. — Accouchement prématuré spontané au début du 8e mois. — Œdème aigu du poumon

P..., née S..-M..., Vpare entre à l'hôpital le 11 avril 1913, à 23 h. 35, pour éclampsie au cours de la grossesse.

Antécédents héréditaires : Père et mère décédés de pneumonie ; deux frères actuellement en bonne santé.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans, toujours bien réglée. Rougeole à 7 ans paludisme à 16 ans.

Mariage à 18 ans. Veuve à 25 ans. De son premier mariage trois enfants accouchements normaux à terme, trois fausses couches spontanées.

Second mariage à 29 ans. Depuis lors deux fausses couches de trois mois et grossesse actuelle.

Date des dernières règles : fin août 1912. Quelques vomissements au début de cette grossesse. Au quatrième mois quelques hémorragies. Pas de traitement.

Depuis quinze jours la malade présentait de l'œdème marqué des membres inférieurs; pas d'analyse d'urine; pas de régime suivi. Depuis le 8 avril, céphalée persistante, nausées, nombreux malaises. Le 10 avril vers 7 heures la céphalée est plus accusée la malade refuse toute alimentation.

Le 11 avril vers 2 heures la femme est réveillée par des maux de tête atroces et de violentes douleurs stomacales. A 6 heures une crise d'éclampsie se déclare et depuis ce moment les crises se succèdent de 30 en 30 minutes environ. Entre chaque crise, reprise de connaissance. Mais depuis 22 heures le coma persiste. D'après les renseignements de son entourage, cette femme aurait eu trente-cinq à quarante crises avant son entrée à l'hôpital, où elle arrive à 22 h. 35 en plein coma.

22 h. 40 : Nouvelle crise d'éclampsie. On fait immédiatement 0 g. 01 de morphine.

22 *h.* 50 : Lavage d'estomac. Liquide rejeté verdâtre et fétide, helmitol, 0 g. 50.

Cathétérisme vésical. 10 grammes seulement d'urine acajou foncé. Albumine 14 gr. par litre.

232 *h.* 20 : Lavage intestinal.

Tension artérielle 25-14 au Pachon.

23 *h.* 45 nouvelle crise ; morphine, 0 g. 01. Quelques contractions utérines. Au toucher on constate : col dans toute sa longueur ramolli, dilatation de cinq francs environ.

La poche des eaux bombe. A travers les membranes on sent de petites parties qui semblent être les membres inférieurs.

Pas de bruits du cœur fœtal à l'auscultation.

12 *avril.* — Minuit 30 : crise convulsive ; minuit 45 : 0 g. 01 de morphine.

1 *h.* 15 : Crise convulsive.

1 *h.* 45 : Morphine, 0 g. 01.

2 *heures :* Crise d'éclampsie. 3 h. 45, morphine 0 g. 01

5 *heures :* Nouvelle crise. 6 heures : dernière crise convulsive. Morphine, 0 g. 005. Helmitol, 3 grammes dans la journée.

6 *h.* 10 : Rupture de la poche des eaux. Expulsion du fœtus : présentation du siège. Délivrance normale. Fœtus masculin, mort-né du poids de 2 kgr.

8 *heures :* La femme cyanosée a une respiration bruyante et présente une dyspnée considérable. A l'auscultation sonorité exagérée sur toute la hauteur des deux poumons. Expectoration spumeuse : Crise d'œdème pulmonaire.

Traitement d'urgence : huile camphrée 10 cm³. Caféïne. Oxygène en inhalations et en injection sous cutanée. Saignée de 400 grammes environ.

10 *heures :* L'état général s'est légèrement amélioré. Le pouls se relève, est mieux frappé : 130 pulsations à la minute. Respiration plus lente. On continue les inhalations d'oxygène. Ventouses scarifiées.

Cathétérisme vésical. 30 grammes d'urines plus claires.

13 *h.* 40 : Pouls 136 bien frappé. Cyanose du visage. Ecume spumeuse rosée rejetée par la bouche et les narines. Ventouses sèches. Huile camphrée 2 cc.

14 *heures :* Cathétérisme qui donne 95 grammes d'urine claire.

Tension artérielle : 16-7,5. Température : 37°5.

14 *h.* 40 : Lavage intestinal de 8 litres. On continue l'oxygène pour lutter contre l'asphyxie. Le réflexe cornéen qui avait totalement disparu dans la nuit tend à reparaître par intervalles éloignés. Pas de réflexes pupillaires.

17 *heures :* Sparteine 0 g. 10, helmitol 0 g. 50.

18 *h.* 30 : Pouls régulier, 102 ; réflexes normaux ; huile camphrée. La femme paraît sortir de sa torpeur elle se plaint lorsqu'on la remue.

Urines dans les 24 heures : 250 grammes.

13 avril. — 10 heures : pouls 136. Enveloppement humide du thorax. Urines : albumine 8 gr.

Amélioration notable de l'état général, la malade sort de sa torpeur sans reprendre entièrement connaissance.

Régime : Diète hydrique. Helmitol 4 gr., huile camphrée. Potion tonique. Ventouses, enveloppements humides.

Lavage intestinal de 8 litres.

20 *heures :* Tension artérielle : 22-13.

Urines dans les 24 heures : 395 grammes. Traces d'albumine.

14 *avril.* — 10 heures : Etat général bien meilleur la malade a repris connaissance. Elle distingue les personnes de son entourage, a conscience de son état, mais ne se plaint que d'une lassitude générale.

La respiration est calme, l'auscultation montre une amélioration notable de l'état pulmonaire. Sonorité normale. A droite et en arrière, submatité, avec large foyer de râles crépitants dans la région du lobe supérieur du poumon.

Ventouses sèches, enveloppements humides. Diète hydrique. Helmitol, 3 grammes.

Urines dans les vingt quatre heures : 2 l. 320. Pas d'albumine.

Tension artérielle : 19-14. Température 18°1. Pouls : 114.

15 *avril.* — Etat général satisfaisant. Les crépitants font place à de gros râles humides. Expectoration abondante.

Température : 37°1. Pouls : 108. Tension artérielle : 21-15.

Urines recueillies dans les 24 heures : 2 litres. Pas d'albumine.

16 *avril.* — Nuit excellente. Lavage d'intestin, liquide rejeté, clair. Régime lacté.

Tenion artérielle : 19-13. Pouls : 96.

Enveloppements humides. Helmitol, 3 gr.

17 *avril.* — Tension artérielle : 18-12. Pouls 100.

La céphalalgie persiste. Les urines abondantes ne contiennent pas d'albumine.

18 *avril.* — Tension artérielle : 18-11. Pouls : 92.

Respiration calme. Toux grasse. Ventouses. Urines normales très abondantes.

19 *avril.* — Tension artérielle : 16-10. Pouls : 90.

Peu de signes pulmonaires. Etat général excellent.

Sort le 22 avril. Tension artérielle le jour de son départ : 14-9.

Observation XXI [1382, Série II]

(Prise par M. Bit, interne de la Maternité)

Éclampsie ante partum. — Amaurose éclamptique.

Le 20 février 1914 entre au pavillon Tarnier une multipare de IV, S... J..., épouse C..., avec le diagnostic d'éclampsie au cours de la grossesse.

La famille qui l'accompagne donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires : Père décédé à 63 ans d'affection indéterminée. Mère âgée de 60 ans actuellement en bonne santé. Ont eu 8 enfants : 5 décédés d'affections diverses 3 vivants et bien portants.

Antécédents personnels : Pas d'antécédents personnels à noter. Mariage à 19 ans. 3 grossesses antérieures normales suivies d'accouchements à terme et eutociques. Un avortement spontané dc 2 mois il y a 20 mois.

Grossesse actuelle : Date des dernières règles inconnue. D'après le volume de l'utérus grossesse de 6 mois qui aurait évolué normalement jusqu'à ces jours-ci. Depuis une semaine environ, douleurs stomacales légères, s'accentuant jusqu'à devenir intolérables ces deux derniers jours. Brusquement, le 20 février à 5 heures, premières crise d'éclampsie suivie de quatre autres à 20 minutes d'intervalle. A partir de 10 heures quatre nouvelles crises la dernière à 14 h. 30.

Pas de céphalalgie, pas de troubles oculaires. A son entrée dans le service la femme est plongée dans le coma : pupilles inégales et dilatées la droite plus que la gauche. Légère paralysie faciale gauche. Hemiplégie gauche avec absolution des reflexes rotuliens. Pas de Babinski. Kernig bilatéral. Raideur de la nuque, position en chien de fusil.

Aux bases pulmonaires râles de congestion sans dyspnée très accusée. Rien au cœur.

Hauteur utérine : un doigt au dessous de l'ombilic ; les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Tension artérielle : 18,5-10,5. Température : 37°8. Pouls : 132.

Urines : foncées acajou. Albumine : 12 gr. à l'Esbach.

Traitement : Lavage d'estomac et d'intestin. Injections de morphine : 0 g. 02 à 15 h. 45 ; 0 g. 01 à 16 h. 45 ; 0 g. 005 à 18 h. 45, 20 h. 45, 22 h. 45. Helmitol : 6 gr.

Ponction lombaire : liquide clair très hypertendu, on en retire 15 cc. Prise de sang.

Urée dans le sérum : 0,930. Urée dans le liquide cephalo rachidien 0,794.

24 *Février.* — Délire, cris aigus et perçants, agitation. La paralysie du côté gauche a disparu, il ne persiste qu'une légère parésie faciale. A fin de calmer le délire de la malade M. Rouvier fait continuer la morphine 0,01 d'abord puis 0,005 par 2 fois à une heure d'intervalle.

Dans la soirée, la malade paraît plus calme ; elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose et répète continuellement *qu'elle n'y voit pas.*

Urines dans la journée : 200 gr. environ. Albumine : 9 gr. à l'Esbach.

Pouls : 128. Tension artérielle : 25-11. Viscosité : 5.

Dans la nuit agitation plus vive qui nécessite la camisole de force (Morphine 0,01).

22 *février.* — L'agitation persiste, la dilatation pupillaire est moins accentuée ; *perception visuelle normale.* Nouvelle série d'injections de morphine, 0 g. 03 dans la journée qui est plus calme, agitation pendant la nuit.

Urines assez abondantes n'ont pu être recueillies. Albumine : 4 gr. 25.

23 *février.* — La malade est calme elle paraît avoir sa lucidité complète. *Fond d'œil normal. Légère hyperhémie de la papille. Perception visuelle incomplète.*

Tension artérielle : 17,5-11,5. Pouls : 116.

Urines claires ; albumine : 4 gr.

Dans la soirée la malade est calme elle a toute sa connaissance et répond correctement aux questions qu'on lui pose.

Tension artérielle : 17-10.

24 *février.* — Lucidité parfaite, nuit excellente.

Tension artérielle : 15-8,5. V=5,5.

Urines recueillies : claires, 720 gr. ; albumine, 2 grammes.

25 février,	tens. art. :	15,5-8,5 ;	alb. :	1 g. 50			
26 février,	—	15,5-8,5	—	1 g.			
27 février,	—	15-9	—	0 g. 50			
28 février,	—	14-8,5	—	0 g. 50 ;	urines :	1 l.	900
1 mars,	—	14-9	—	0 g. 25	—	2 l.	
2 mars,	—	14-9			—	2 l.	
4 mars,	—	14,5-8,5					
5 mars,	—	14,5-8					

A 9 heures : quelques contractions utérines ; au toucher on constate un début de dilatation, le travail marche régulièrement. Tension artérielle pendant le travail : 15,5-9.

Dilatation complète à 17 heures. Expulsion d'un macéré du poids de 670 gr.

Placenta : 210 gr.. larges infarctus blancs.

Après l'expulsion du placenta, tension artérielle : 15,5-9.

6 mars, tension artérielle : 13,5-8.
7 mars, — 13-8. Plus d'albumine.
8 mars, — 13-8.
9 mars, — 13-8.
10 mars, — 13-8. La femme se lève.

Complètement rétablie, elle quitte le service le 15 mars 1914.

Observation XXII [1433, Série II]

(Prise par M. Bit, interne de la Maternité)

Éclampsie ante partum. — Accouchement prématuré. Manie post-éclamptique.

Le 22 mars 1913 à 11 heures entre au pavillon Tarnier la nommée R... A... primipare de vingt-cinq ans avec le diagnostic : éclampsie au cours de la grossesse.

Antécédents héréditaires : Père mort d'érysipèle. Mère vivante et bien portante. Six frères ou sœurs, l'un d'eux est mort d'entérite, les autres sont vivants, bien portants.

Antécédents personnels : Pas de maladies infectieuses dans son enfance.

Réglée à douze ans toujours bien réglée. Albuminurie passagère à dix-huit ans. Mariage à vingt-quatre ans. Dernières règles du 8 au 12 août 1913. D'après le volume utérin elle paraît être parvenue au milieu du septième mois.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au 2 mars 1914. A partir de cette date la femme a des vomissements, se plaint de céphalée, de troubles visuels. Depuis deux jours, sensation de barre au creux épigastrique.

Le 21 *mars* au soir début de travail mais les contractions utérines ne durent que quelques instants.

Le 22 *mars* à 10 heures une première crise d'éclampsie se dé-

clare, la malade est hospitalisée d'urgence. A son entrée dans le service elle est plongée dans un demi coma et ne répond qu'avec beaucoup de difficulté aux questions qu'on lui pose.

11 *h.* 30 : Tension artérielle : 17-10. Pouls : 120. Température : 36°2. Injection hypodermique de morphine : 0 g. 01.

Prurit généralisé avec lésions de grattage. Myosis. Contracture générale des membres supérieurs et inférieurs.

Lavage stomacal de six litres d'eau stérilisée. Le liquide rejeté est clair mais contient quelques mucosités. Lavage intestinal de six litres d'eau stérilisée. Helmitol : 0,50 toutes les trois heures.

On retire par cathétérisme vésical 80 grammes d'urine légèrement trouble. Albumine 16 gr. par litre au réactif d'Esbach.

Hauteur utérine 26 cm ; les bruits du cœur fœtal sont bien frappés : 140 pulsations.

12 *h.* 30 : 0 g. 01 de morphine.

13 *h.* 15 : Crise d'éclampsie qui dure trois minutes.

13 *h.* 30 : 0 g. 01 de morphine.

14 *h.* 45 : Troisième crise d'éclampsie.

15 *heures* : 0 g. 01 de morphine. Tension artérielle : 17-10.

15 *h.* 15 : Quatrième crise d'éclampsie.

Au *moment* de la période *des convulsions cloniques, la tension s'élève à* 25-13. Dix minutes après la crise elle est revenue à 17-10.

Les bruits du cœur fœtal sont très durs et fortement frappés.

16 heures. — 0,01 de morphine.

18 heures. — 0,005 de morphine. Pouls, 115 ; température, 36°4.

18 h. 30. — Cinquième crise d'éclampsie. Morphine, 0 gr. 01.

18 h. 45. — Sixième crise.

19 h. 30. — Septième crise. Morphine, 0 gr. 01.

20 h. 30. — Morphine, 0 gr. 01.

21 h. 30. — Huitième crise. Cathétérisme vésical. 100 grammes d'urines foncées, couleur acajou.

23 h. 30-24 h. 30. — Morphine, 0 gr. 005. Deux minutes après, neuvième crise.

23 mars. — 2 h. 30. — Morphine, 0,005.

5 heures. — Dixième crise.

5 h. 10. — Onzième crise.

Après la crise, la femme est prise de contractions utérines douloureuses et violentes. Au toucher, dilatation complète, tête engagée en OIGA. La poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide amniotique est assez abondant. La rotation de la tête s'effectue. A 6 heures, expulsion d'un enfant du sexe féminin mort-né, du poids de 1 k. 400.

La femme, dans le coma, urine abondamment sous elle.

6 h. 15. — Expulsion du placenta avec de nombreux caillots. Placenta avec nombreux infarctus du poids de 400 gr.

8 heures. — Lavage intestinal de six litres. Tension artérielle : 16-9.

9 h. 30-10 h. 30. — Morphine, 0 gr. 01.

11 heures. — Lavage stomacal de six litres.

11 h. 30, 13 h. 30, 15 h. 30, 17 h. 30. — 0 gr. 005 de morphine. Cathétérisme vésical donnant 100 grammes d'urine. Albumine, 3 gr. par litre.

La femme, plongée dans le coma toute la journée, semble se réveiller dans la soirée, mais ne répond pas lorsqu'on l'appelle ; elle refuse toute alimentation. La nuit est calme. La contracture des membres inférieurs et supérieurs est moins accusée qu'à l'entrée.

Urines dans les 24 heures : 450 grammes.

24 mars. — *A 7 heures*, sondage vésical, 140 gr. d'urine.

8 heures. — Tension artérielle : 14-8,5.

14 heures. — Cathétérisme vésical. Urines : 1 lit. 625, claires, couleur abricot.

Dans la journée, diète hydrique. Helmitol, 4 gr.

19 heures. — Nouveau cathétérisme : 375 grammes.

La malade passe une journée très calme ; elle ne reconnaît pas ses parents. Dans la soirée, sa lucidité reparaît, mais n'est pas encore complète ; elle répond cependant aux questions simples qu'on lui pose. Pas d'amaurose, elle reconnaît tous les objets qu'on lui présente et distingue leurs couleurs.

20 heures. — Pouls : 100 ; température : 37° ; tension artérielle : 17-5-9,5.

Viscosité, 4,3. Urines, 2 l. 140 dans les 24 heures. Albumine, 0 g. 50.

Nuit agitée. Hallucinations : la malade croit qu'on veut l'emmener.

25 mars. — *6 heures.* — Cathétérisme vésical : 1 litre d'urine. Lavage intestinal. Helmitol, 4 gr. Température : 36°9 ; tension artérielle : 17,5-9 ; pouls : 116.

Calme durant toute l'après-midi, la femme cause avec son entourage.

20 heures. — Agitation. La malade se dresse sur son lit, croyant voir son mari.

Quantité d'urines dans les 24 heures : 2 litres. Albumine, 0 g. 25.

26 mars. — Température : 36,4 ; pouls : 100 ; tension artérielle : 16-10. Manie de la persécution, la malade croit sans cesse qu'on la poursuit à coups de revolver. Elle reconnaît bien son mari et sa sœur, mais leur tient des propos incohérents.

Helmitol, 4 gr. Urines dans les 24 heures : 2 litres. Albumine, 0 gr. 25 par litre.

27 mars. — Température : 38°2 ; pouls : 115.

Lochies fétides. Injection intra-utérine au Tarnier. Le délire persiste avec manie de la persécution.

Tension artérielle : 16-10. Urines dans les 24 heures : 1 l. 250. Albumine : traces.

Régime sans sel. — Helmitol, 4 gr.

28 mars. — Température : 37°4 ; pouls : 90 ; tension artérielle : 16,5-8,5.

Dans la journée, la femme est assez calme. Elle écrit à sa sœur, pour lui dire qu'elle est poursuivie par la haine de méchantes personnes qui attaquent son honorabilité.

Urines : 2 litres dans les 24 heures. Albumine : 0 gr. 25.

18 heures. — Tension artérielle : 14,5-9.

29 mars. — Température : 37°1 ; pouls : 80.

Bonne journée. La malade reconnaît toutes les personnes qui viennent lui rendre visite.

Urines dans les 24 heures : 2 lit. 500. Albumine : 0 gr. 50 par litre.

Régime sans sel. Helmitol, 4 grammes.

30 mars. — Température : 36°6 ; pouls : 80. ; tension artérielle : 14,5-9.

La femme a recouvré la raison.

Urines : 2 litres. Albumine : traces.

31 mars. — Température : 36°7 ; pouls : 80.

Régime déchloruré.

Urines abondantes et claires. Albumine : traces.

1er avril. — Etat général excellent. La malade se lève. Tension artérielle : 14-9. Plus d'albumine dans les urines.

2 avril. — Rien à signaler à part une céphalée légère qui cède à l'aspirine.

5 avril. — La malade quitte le service complètement rétablie.

Observation XXIII [1457, Série II]

(Prise par M. Bit, interne à la Maternité)

Éclampsie ante partum. — Œdème aigu du poumon. — Mort.

Le 14 avril 1914, à 1 h. 50, entre, au pavillon Tarnier, la nommée M... Marie, épouse E... J..., primipare de 28 ans, pour éclampsie au cours de la grossesse.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants, ont eu trois enfants, dont deux sont actuellement en bonne santé ; le troisième est la femme qui nous occupe.

Antécédents personnels. — Premiers pas à dix mois ½. Bronchite à trois ans. Rougeole à six ans. Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariage à 27 ans.

Grossesse actuelle. — D. R. du 23 au 26 juillet 1913. La grossesse serait au début du neuvième mois, d'après les règles. Le volume de l'utérus indique plutôt une grossesse parvenue au milieu du huitième mois. Elle aurait évolué normalement. Quelques vomissements au début. Vers le 15 mars, névralgie intercostale. La femme avait très bon appétit et ne suivait aucun régime.

Le 21 mars, l'analyse des urines ne révèle d'ailleurs pas d'albumine.

Le 8 avril s'installe un œdème assez accusé des membres inférieurs, sans troubles visuels, mais crampes dans les jambes, sensation de froid. Pas de constipation. Urines abondantes et claires.

Le 13 avril, dans la journée, la femme se sent plus fatiguée, se plaint de douleurs abdominales et d'une céphalée violente. Dans la nuit, une crise d'éclampsie se déclare. Un médecin appelé fait une piqûre de morphine et envoie la malade à l'hôpital.

Six crises avant son entrée dans le service. A son entrée, la malade est dans le coma.

2 heures. — Septième crise.

2 h. 10. — Injection de morphine, 0 gr. 02.

Tension artérielle : 14,5-8 ; pouls : 110 ; température : 38°4.

Cathétérisme vésical, 125 grammes d'urine assez claire. Albumine, 6 gr. par litre (réactif d'Esbach).

2 h. 20. — Huitième crise. Crise qui est d'une très longue durée. Morphine 0 gr. 01.

2 h. 50. — Neuvième crise. Dyspnée considérable. Expectoration muqueuse. Oxygène en inhalations.

Lavage d'estomac de six litres d'eau bouillie. Liquide rejeté sale.

Helmitol, 1 gr.

Lavage intestinal (liquide clair).

3 h. 10. — Dixième crise. Morphine 0 gr. 01.

3 h. 55. — Onzième crise.

Ponction lombaire donne issue à un liquide rosé très hypertendu (sang dans les 3 tubes) indiquant une hémorragie cérébrale ou méningée.

4 h. 10. — Morphine, 0,01. A l'auscultation, râle trachéal qui empêche tout diagnostic précis.

Pas de Babinsky. Pas de raideur de la nuque, perte complète de connaissance, perte de la sensibilité, reflexes cutanés et tendineux abolis, myosis.

4 h. 55. — Douzième crise. Diurèse abondante.

5 h. 10. — Morphine, 0,01.

5 h. 20. — Treizième crise.

6 h. 10. — 0,01 de morphine. Depuis quelques heures, respiration stertoreuse. Rythme de Cheyne Stockes.

A partir de 7 heures, la malade se cyanose fortement, la respiration s'accélère. Injections de caféine, d'éther. Inhalation continuelle d'oxygène. Malgré tous les soins, la femme meurt à 9 h. 10 d'asphyxie. Le pouls a été bon jusqu'au dernier moment.

Cesarienne post mortem. — Extraction d'un fœtus masculin du poids de 2 kil. 200, qu'on ne peut ranimer. Placenta, poids, 360 gr.

Autopsie. — Congestion de tous les viscères, foie volumineux, pas de dégénérescence, œdème aigu du poumon, plus marqué à gauche.

On prélève les reins et les ovaires. Les résultats de l'examen anatomo-pathologique ne sont pas encore connus. L'examen des centres nerveux n'a pu être fait.

Observation XXIV [95o, Série II] (Personnelle)

(Publiée par M. le professeur Rouvier, *in Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, juin 1913, page 561.)

Éclampsie au terme de la grossesse

Le 26 mars 1913, à 14 heures, entre au pavillon Tarnier la nommée Y... F..., primipare de 27 ans, venant de la ville avec le diagnostic d'éclampsie et grossesse.

Antécédents héréditaires. — Père mort de hernie étranglée, mère morte paralysée, ont eu sept enfants : le premier est mort à cinq ans de méningite, le deuxième à trois ans de la rougeole, les cinq autres sont vivants et bien portants, le septième est la femme qui nous occupe.

Antécédents personnels. — A toujours bien marché. Réglée à dix ans, toujours bien réglée. Chlorose à quinze ans par suite de surmenage, quelques hémorragies assez abondantes dans l'intervalle des règles.

Il y a trois ans environ, la malade atteinte d'aliénation mentale entre au pavillon Pinel (1), elle y reste deux semaines environ,

(1) Service de l'hôpital de Mustapha-Alger, réservé aux aliénés en observation.

puis est envoyée sur la demande de sa famille à la Salpêtrière, dans le service du Dr Babinsky, où elle séjourne quinze jours, de là elle va à l'Hôtel-Dieu où elle reste un mois). De l'Hôtel-Dieu à l'asile Sainte-Anne (deux mois de séjour, service du Dr Magnan), puis de là à Ville-Evrard où on la garde six mois. La guérison paraissant complète, elle retourne à Alger. Deux ans après, nouvelle crise, elle revient à Pinel et est évacuée à Aix-en-Provence. Elle en revient, complètement guérie, dix mois après ; depuis, aucun signe d'aliénation. Mariage à vingt-six ans, quatre mois après son retour de France.

La famille qui accompagne la malade nous donne les renseignements suivants au sujet de la maladie actuelle : la date des dernières règles est du 5 au au 10 juillet 1912. La grossesse a évolué normalement jusqu'au 15 mars. Au moment où un œdème très accusé des membres inférieurs apparaît vers le 20 mars, une sage-femme consultée examine les urines et trouvant une grande quantité d'albumine ordonne un régime lacté absolu. Ce régime n'est d'ailleurs pas suivi et les crudités et salaisons préférées par la malade pendant sa grossesse continuent à faire l'objet de ses principaux repas.

Le 26 mars, à 11 heures, une première crise d'éclampsie se déclare, un docteur mandé fait un certificat d'hospitalisation d'urgence et à 13 heures une deuxième crise éclate. La malade arrive dans le service à 14 heures, présentant une lucidité assez complète et se plaint de contractions utérines. On pratique le toucher et on constate un col en voie d'effacement, il y a une dilatation de 0 fr. 50. Le bassin mesuré est presque normal : Dia Baudelocque 19, bisépineux 24, bicrétal 28, biischiatique 9. Les bruits du cœur fœtal sont faiblement perçus sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine illiaque antéro-supérieure gauche. L'utérus en contraction permanente, se laisse difficilement palper.

Le cathétérisme vésical pratiqué dès l'entrée dans le service donne 50 grammes d'urine claire. L'analyse récèle la présence d'une grande quantité d'albumine (14 grammes au réactif d'Esbach).

A 14 h. 30, troisième crise d'éclampsie qui dure trois minutes. Le coma persiste après cette crise. On fait alors une première injection hypodermique de morphine de 1 centigramme (1er centigramme). A 14 h. 45, lavage d'intestin ; les matières rejetées sont dures et peu fétides, la femme semble reprendre ses sens (comprendre ce qu'on lui dit, mais ne cause pas), sans avoir complètement sa connaissance. A 15 heures, lavage d'estomac avec dix litres d'eau bouillie. La quantité de matières alimentaires de

toutes sortes. non fétides (pois chiches, tomates, lupin), rejetées, est très considérable ; on apprend dans la suite que la malade avait fait un copieux repas dans la matinée. A 15 h. 25, quatrième crise qui dure deux minutes et demie. La malade se cyanosant, on lui fait absorber le contenu d'un ballon d'oxygène. On essaye de prendre la tension artérielle, mais la femme étant très agitée, on ne peut y parvenir. A 15 h. 35, deuxième injection de morphine, 0,01 centigramme (2e centigramme). A 16 h. 15, cinquième crise d'éclampsie. A 16 h. 35, troisième injection de 0,01 centigramme de morphine (3e centigramme). On fait prendre 1 gramme d'helmitol en deux paquets. A 17 h. 35, quatrième injection de 1 centigramme de morphine (4e centigramme en trois heures cinq).

Nouvel examen pour se rendre compte de la marche du travail : le col, complètement effacé, est aminci et dilatable, la dilatation est de 2 francs. Pas d'engagement : O.I.G.A. Les bruits du cœur fœtal étant très sourds, on décide de terminer l'accouchement au plus vite.

Sous anesthésie au chloroforme, la maîtresse sage-femme et M. Pouget, interne du service, complètent la dilatation par la méthode de Bonnaire. Rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique, peu abondant, qui s'écoule est verdâtre, épaissi par le méconium. La tête non engagée est en O.I.G.A. : M. Pouget pratique la version podalique par manœuvres internes. Il se place à gauche de la femme et introduisant la main gauche, va à la recherche du pied droit qu'il attire à la vulve, un lac est placé. Le pied gauche, saisi, est lui-même descendu ; légères tractions vers le bas ; le tronc apparaît à la vulve ; anse au cordon qui ne bat plus.

Le dégagement des épaules est particulièrement pénible à cause de la déflexion des bras. On les dégage, mais la clavicule gauche correspondant au bras postérieur est fracturée.

18 h. 10. Après de grandes difficultés pour la manœuvre de Mauriceau, l'enfant, du poids de 3 kilog. 350, est extrait en asphyxie blanche et malgré tous les soins donnés (bains chauds et froids, manœuvre de Schültze, injection d'éther et d'alcool, respiration artificielle, oxygène) ne peut être ranimé. Diamètres fœtaux : bi-pariétal 9, bi-temporal 8, sous-mento B 11, occipito-frontal 11,5 grande circonférence 32, petite circonférence 26. Périnée intact, délivrance artificielle, injection intra-utérine au Tarnier. A 19 h. 35, demi-centigramme de morphine (4 cent. 50). A 20 h. 30, la tension artérielle est 19,5 et 10,5 au Pachon. Vers 21 heures, la malade se réveille, se soulève mais ne cause pas,

puis s'endort paisiblement. A 21 h. 35, 0,005 de morphine (5e centigramme). A 2 3h. 35, 0,005 de morphine (5e cent. 50 en neuf heures cinq).

27 mars. Nuit calme, au cours de laquelle on a donné 2 grammes d'helmitol par cachets de 0 gr. 50. On a pu recueillir 250 grammes d'urine, la femme a uriné abondamment sous elle.

27 mars. A 9 heures, tension artérielle 18-10.5, pouls 112, température 37°3. La malade est encore hébétée, cependant elle exécute les actes qu'on lui commande. Elle se souvient de sa grossesse et demande à voir son enfant. A 16 heures, tension artérielle 18-10.5, pouls 100, température 37°5. Diète hydrique. Lavage d'estomac, six litres, liquide rejeté clair. Lavage d'intestin, six litres, peu de matières fécales. Urines dans les premières vingt-quatre heures (du 26, 14 heures au 27, 14 heures), 2 l. 250 recueillies, urines légèrement foncées. La malade a repris complètement ses sens, elle reconnaît bien les couleurs. Elle ne se souvient pas des conditions qui l'ont conduite à l'hôpital. Auscultation anormale, éclat aortique.

28 mars. Bonne nuit calme ; tension artérielle 16-9, pouls 100. Quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures, 3 litres (0,75 d'albumine à l'Esbach). Etat mental excellent, la malade cause et demande quelque nourriture. Diète hydrique : 6 cachets d'helmitol. Lavage d'estomac. Lavage d'intestin. Œdème persistant des membres inférieurs. 17 heures, tension artérielle 15,5-9. Prise de sang pour le dosage de l'urée. L'analyse donne 0,30 centigrammes par litre. Donc pas de rétention azotée.

29 mars. Etat général excellent. Pas de température. Pouls à 90. Tension artérielle 15,5-9. Lait coupé d'eau de Vichy. L'œdème des membres inférieurs disparaît. Tension artérielle 15-9 à 17 heures. Urines émises dans les vingt-quatre heures, 5 litres 100 grammes. Urines couleur abricot. Albumine 0,50. Pouls 88.

30 mars. Pas de température. Tension artérielle 15-9. Lait, purée de pommes de terre sans sel. Urines dans les vingt-quatre heures 5 litres. Albumine 0 gr. 25.

31 mars. Etat excellent. Lucidité parfaite. Tension artérielle 14,5 et 9. Pouls 88, pas de température. Régime sans sel. Urines dans les vingt-quatre heures 4 l. 500. Urines claires couleur abricot clair. Tension artérielle 14-9. Pouls 80. Température normale. L'œdème des membres inférieurs a totalement disparu.

1er avril. Pas de température. Albumine 0 gr. 50 par litre. Régime sans sel. Urines dans les 24 heures 4 l. 500. Helmitol 3 gr. par jour. Elimination des chlorures normale.

2 avril. Etat excellent premier lever. Régime sans sel. Helmitol 3 grammes.

10 avril. Sortie en parfaite santé.

Observation XXV [854, Série II] (Personnelle)

(Publiée par M. le Pr Rouvier, *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, juin 1913)

Éclampsie du travail. — Grossesse gemellaire univitelline. Une seule crise. — Guérison.

La nommée B... C... V pare VI geste âgée de quarante ans est admise d'urgence à la clinique obstétricale d'Alger, le 10 janvier 1913, à huit heures axec le diagnostic de gros fœtus. Elle dit être en douleurs depuis la veille et avoir perdu les eaux depuis quelques heures.

Antécédents héréditaires : Père et mère décédés de maladie inconnue, ont eu cinq enfants dont deux sont morts l'un de pneumonie à vingt-deux ans l'autre à vingt-cinq ans d'affection inconnue. Les trois autres sont bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole dans son enfance, pas d'autre maladie. A toujours bien marché mais ignore depuis quel âge. Réglée à quinze ans, menstruations régulières.

D. R. 15 au 20 avril 1912

La grossesse serait parvenue à la fin de la première quinzaine du neuvième mois.

L'abdomen est très volumineux, la circonférence au niveau de l'ombilic mesure 126 centimètres; la hauteur utérine est de 56 cm. Le palper ne donne aucun résultat l'utérus étant en contraction permanente. A l'auscultation un foyer très net est perçu à droite. Œdème sus-pubien très prononcé.

Urines : Albumine 15 gr. par litre. Au toucher présentation céphalique : sommet défléchi. Poche des eaux intacte qui bombe. Dilatation presque complète.

Rupture artificielle de la poche des eaux donnant issue à un écoulement modéré de liquide amniotique. Constatant le petit volume de la tête qui se présente par rapport au développement de l'utérus et la présence d'une poche avec excès de liquide amniotique à gauche persistante ; malgré l'absence de tout symptôme de certitude M. le professeur Rouvier ordonne de faire tous préparatifs en vue d'un accouchement gemellaire.

On abandonne le travail à lui-même en donnant à la parturiente 0,01 d'extrait d'hypophyse à 10 heures et à 11 heures. Les douleurs deviennent plus énergiques et se rapprochent.

Vers 13 heures, la malade accuse une céphalée violente et quelques troubles vagues de la vue. Sa tension artérielle est alors 27-17 au Pachon.

M. Rouvier appelé fait faire immédiatement une injection de 0,01 de morphine à titre préventif d'une crise d'éclampsie imminente, et se décide à terminer l'accouchement.

Pendant les soins d'antisepsie pré-opératoire éclate une crise d'éclampsie. Après la crise et sous anesthésie au chloroforme application de forceps au détroit supérieur en fronto mastoïdienne sur une tête défléchie en OIDT. Extraction pénible d'un fœtus du sexe féminin de 3 k. 350 en état de mort apparente ranimé par les bains alternatifs chauds et froids.

Rupture artificiele de la seconde poche des eaux qui bombe fortement ; issue d'une grande quantité de liquide amniotique. La tête du fœtus tend à s'engager en Fr. IOP. On la refoule et on pratique la version podalique (M. Rouvier). Le second fœtus du sexe féminin du poids de 3 k. 550 naît étonné à 15 heures, il est ranimé par les bains chauds et froids.

Délivrance artificielle. Hémorragie rétro placentaire 700 grammes environ. Placenta unique 1150 grammes. Deux cordons de 66 et 73 centimètres membranes délacérées. La cloison interamniotique démontre que la grossesse était univitelline.

Injection intra utérine au Tarnier. Injection hypodermique de caféïne et d'huile camphrée 0,01 de morphine. Lavages de l'estomac et de l'intestin.

16 heures 0,01 de morphine. 18 h., 20 h., 22 h., injections de 0,005 de morphine. Pas de nouvelles crises d'éclampsie. Pas de troubles intellectuels au sortir du sommeil chloroformique. Diète hydrique. Helmitol 0,50 toutes les quatre heures.

11 janvier. Matin. Température : 37°7. Tension artérielle : 20-10.
Soir. Température : 37. Tension artérielle : 20-10.
Urines dans les 24 heures : 1785 gr. Albumine : traces.

12 janvier. Urines claires, jaune abricot. 3 litres dans la journée Traces d'albumine.

Matin. Température : 37°6. Tension artérielle : 20-10
Soir. Température : 37. Tension artérielle : 20-10.

A l'auscultation symptômes de bronchite généralisée avec congestion des deux bases (bronchite antérieure à l'accouchement). Potion au benzoate de soude.

13 janvier. Matin. Température : 37°5. Tension artérielle :20-10.
Soir. Température : 38°1. Tension artérielle : 20-10.
Polyurie claire. Même traitement.

14 janvier. Température : matin 36°7. Tension artérielle : 21-11. Soir, 37°6. Tension artérielle : 21.11.
Quelques pertes rouges. Polyurie. Diète lactée.

15 janvier. Température : matin, 37°3. Tension artérielle :19-11. Soir, 38°. Tension artérielle : 19-11.
Régime mixte déchloruré et lacté.

17 janvier. Température : matin, 36°5 ; soir 36°9. Tension artérielle : 20-10,5.

18 janvier. Etat général excellent, les bases pulmonaires se dégagent.
Utérus en subinvolution col perméable. Symptômes d'endométrite avec légères hémorragies. Injection intra utérine au Tarnier.
Tension artérielle : 18-9,5.

20 janvier. Température : 36°7. Tension artérielle : 19,5-10.

21 janvier. Température : 36°8. Tension artérielle : 10-9,5.
Urines claires pas d'albumine premier lever.

25 janvier. A 18 heures forte hémorragie nécessitant un curettage qui ramène des débris de membrane.
Injection de 500 gr. de sérum physiologique.

26 janvier. Sérum physiologique 300 gr. Etat général satisfaisant. Col refermé. Urines abondantes. Pas d'albumine.

27 janvier. Tension artérielle : 20,5-11.
Sérum artificiel 250 gr.

28 janvier. Tension artérielle : 21-10.

13 janvier. Tension artérielle : 22-11.

3 février. Utérus en antéflexion. Endométrite puerpuérale. Injections intra-utérines.

6 février. Nouveau curettage pour arrêter les hémorragies persistantes. Ecouvillonnage. Injection de Tarnier. Sérum : 500 gr.

7 février. Tension artérielle : 18-10.
Depuis cette date la malade récupère graduellement ses forces.

15 février. Tension artérielle. 16-9.
La malade sort complètement rétablie le 22 février.

Observation XXVI [1160, Série II]

Éclampsie du travail. — Enfant mort-né.

B... A... Ipare 26 ans, entre à minuit le 27 août 1913 au pavillon de travail.

La malade à son entrée a toute sa connaissance elle donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires : Père mort de bronchite ; mère, vivante, bien portante. Six frères ou sœurs, dont deux morts en bas âge d'affections inconnues.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans, toujours bien réglée. Paludisme à 7 ans ; mariage à 22 ans.

Dernières règles 10-12 novembre 1912.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au début du mois de juillet, date à laquelle de l'œdème des membres inférieurs et de la face apparaît. Les urines, examinées à ce moment contiennent des traces d'albumine. La femme est mise au régime déchloruré et au lait ; régime qui est d'ailleurs irrégulièrement suivi.

Le 3 août l'examen des urines révèle la présence d'une grande quantité d'albumine. Même régime.

Pas de troubles de la vue, pas de céphalée ni de douleurs au creux épigastrique.

Le 26 août à 8 heures début de travail rupture de la poche des eaux. Contractions utérines assez rapprochées.

19 heures. La tête apparaît à la vulve ; les contractions sont énergiques.

22 heures. Première crise d'éclampsie qui dure cinq minutes environ, puis la malade reste dans la coma.

22 h. 30. Deuxième crise qui dure dix minutes, le coma persiste jusqu'à l'entrée à l'hôpital à minuit.

L'utérus est en contraction permanente. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Le périnée bombe fortement, les contractions sont énergiques mais la tête ne fait aucun progrès.

27 août, à minuit 25. Troisième crise d'éclampsie qui dure trois minutes. Injection de morphine de 0 g. 01.

1 h. 30. Morphine : 0 g. 01.

2 heures. Application de forceps par le Dr Sabadini chef de service intérimaire sous anesthésie très légère au chloroforme. Malgré toutes les précautions prises déchirure complète du péri-

née. Délivrance normale, injection intra utérine. Enfant du sexe masculin du poids de 4 k. 140 mort né.

2 h. 30. Injection de 0 g. 01 de morphine.

4 h. 30, 6 h. 30, 8 h. 03. Injections de morphine 0 g. 005.

Lavage d'estomac (liquide clair non fétide). Helmitol 1 gr. Lavage intestinal de 8 litres (liquide trouble légèrement fétide).

Cathétérisme vésical. Urines 125 gr. très foncées, couleur acajou : albumine 5 gr. au réactif d'Esbach.

Température : 38°5 ; pouls : 118.

Tension artérielle : 22-9.

Journée assez calme, pas de vomissements. Urines dans la journée 325 gr. Diète hydrique absolue. Helmitol : 3 gr.

28 août. Nuit calme. La céphalée diminue. Lavage intestinal de 8 litres (liquide trouble et fétide). Cathétérisme vésical 400 gr. d'urine abricot.

Température : 36°8 ; pouls : 80. *Tension artérielle :22-9,5.*

Lucidité d'esprit complète ,la malade reconnaît sa famille ; distingue tous les objets qui l'environnent.

Diète hydrique. Helmitol 3 gr. par jour. Urines dans 24 heures 900, albumine 2 gr.

29 août. Lochies normales. Etat général excellent. Lavage d'estomac et d'intestin matin et soir. Plus de céphalée.

Température : 37 ; pouls 88. *Tension artérielle : 22-9.*

Urines dans les 24 heures 1250 grammes.

30 août. Œdème de la région vulvaire. Quelques plaques de sphacèle. Lavages à l'eau oxygénée.

Température : 38°2. Pouls : 8. *Tension artérielle : 18,5-9.*

Urines claires : 1800 gr. dans les 24 heures.

31 août. Température : 37,6. Pouls : 86. *Tention artérielle 17,5-9.*

Lavages intestinaux.

Urines : 1850 gr. dans la journée. Helmitol 3 gr.

*1er septembre. Tempé*rature : 37°6. Pouls : 84. Tension artérielle: 17,5-9. Régime lacté. Helmitol, un lavage intestinal.

2 septembre. — Température : 36°4. Pouls : 80. Tension artérielle : 16,5-8,5.

Régime sans sel. Helmitol, 3 gr.

Urines abondantes. Pas d'albumine.

3 septembre. Tention artérielle : 15,5-8,5.

Etat général excellent. Même régime.

6 septembre. — Tension artérielle : 16,5-8,5.

Périnéoraphie sous rachi stovaïnisation, 4 points de suture profonds, 6 superficiels (Dr Sabadini).

Suites opératoires normales ; pas de suppuration. La malade quitte le service en bonne santé le 20 septembre.

Observation XXVII [738, Série II] (Résumée)

(Prise par M. Bardy, interne à la Maternité. Publiée par M. le Pr Rouvier: *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, juin 1913, p. 549)

Éclampsie du travail.

O... Thérèse, primipare de quatorze ans entre dans le service de la Maternité le 14 octobre 1912. L'examen des urines, fait à plusieurs reprises, n'a jamais décelé la présence d'albumine. Bassin infantile.

Diamètre : Baudeloque, 18,5.
— Bisépineux, 21
— Bicrétal, 24.
— Biischiatique, 9.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre la femme perd du liquide amniotique en abondance. Pas de contraction utérines. Repos absolu.

La journée du 16 se passe normalement. Dans la nuit du 16 au 17 apparition de contractions utérines assez violentes.

Le 17, à la dixième heure, la parturiente est examinée par la maîtresse sage-femme, qui constate par le toucher que le col est effacé, mais à peine aminci. La dilatation est d'un peu plus d'une pièce de 2 francs, la poche des eaux intacte est nettement sentie. La présentation encore élevée est un sommet fléchi O. I. G. P. A l'auscultation, les bruits du cœur sont à gauche et très en arrière : ils sont aussi perçus à droite. Un lavement glycériné est donné et, après l'effet produit, l'élève sage-femme de garde fait un lavage vulvaire et donne une injection vaginale à l'aniodol. Les contractions utérines sont rapprochées, mais peu énergiques ; dans l'après-midi, de 13 à 15 heures, le travail s'arrête complètement.

15 heures, les contractions réapparaissent ; à ce moment, la femme accuse de la céphalée, ce qui ne la surprend pas outre mesure, car elle y est très sujette ; mais elle ne ressent aucun trouble de la vue.

A la vingt-et-unième heure, la dilatation est d'une paume de

main, les contractions, sans être énergiques, sont continues. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 22 heures, la céphalée devient vive et est même intolérable, les yeux de la malade paraissent hagards ; on lui demande si la vue se trouble, elle répond négativement. La température est de 37°. Le pouls de 80.

A 22 h. 50, des vomissements apparaissent, bientôt suivis de mouvements convulsifs ; on constate qu'une crise d'éclampsie se déclare, elle dure environ quatre minutes.

La parturiente tombe dans le coma. Après l'accès, la malade revient à elle, comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre que par des signes aux interrogations posées.

A l'auscultation, la maîtresse sage-femme constate que les bruits du cœur du fœtus sont à 176. M. le chef de clinique est alors immédiatement prévenu.

A 22 h. 50, la malade est sondée ; l'analyse faite immédiatement ne décèle la présence d'aucune trace d'albumine (la quantité d'urine émise est de 150 grammes).

Immédiatement, la maîtresse sage-femme commence à appliquer le traitement contre l'éclampsie (selon la méthode de M. le Professeur Rouvier, alors en mission en Italie). Elle fait une première injection hypodermique de 0,01 centigramme de morphine (1er centigramme).

Une deuxième crise se déclare à 23 heures.

Une troisième crise se déclare à 23 h. 20.

A 23 h. 50, seconde injection de 0,01 centigramme (2e centigramme) de morphine ; à ce moment, une quatrième crise se déclare. On décide d'intervenir immédiatement en terminant l'accouchement. A 24 heures, cinquième crise. A 0 h. 50, troisième injection de 0,01 centigrammes de morphine (3e centigramme). La femme est sondée (250 grammes d'urines fortement colorées).

Après l'anesthésie au chloroforme, pratiquée par l'interne de garde, et une désinfection soignée de la vulve et du vagin, M. le chef de clinique pratique le toucher et constate l'intégrité de la poche des eaux.

La tête, très élevée, est en O. I. G. T. ; il complète la dilatation par la méthode de Bonnaire. Introduisant ensuite la main gauche, il rompt les membranes (le liquide qui s'écoule est verdâtre) et va à la recherche du pied droit ; l'évolution est pénible, car l'utérus se rétracte sur le fœtus. Le pied est amené à grand'peine dans l'excavation ; à ce moment, on met un lacs et on attire le pied à la vulve. Le fond de l'utérus est tenu par un aide.

Après une résistance de l'utérus, la tête remonte et l'évolution se fait, la manœuvre du plan incliné de Budin ayant primitivement échoué. Le cordon ne bat plus. Le siège descend seulement, car il y a une grande résistance du côté du segment inférieur et du périnée. Le dos étant à droite, extraction du bras postérieur qui est le gauche, cette extraction est très pénible, cependant, celle du bras droit l'est davantage ; l'opérateur essaye de le transformer en antérieur, mais, un léger craquement se produisant, il n'insiste pas. La tête descend péniblement, on fait de l'expression utérine et, malgré un dégagement très lent, le périnée se déchire au passage du S. O. B. Le fœtus, qui est du sexe féminin, pèse 2 kilogr. 550. Il présente une fracture de la clavicule droite. Délivrance normale.

18 novembre. A 1 h. 10, une sixième crise se déclare. C'est la dernière. A 2 h. 50, une quatrième injection de 0,005 milligrammes de morphine (3e centigramme et demi). A 4 h. 50, une cinquième injection de 0,005 milligrammes de morphine (4e centigramme). A 6 h. 50, une sixième injection de 0,005 milligrammes de morphine (4e centigramme et demi).

Donc, de 22 h. 50 à 6 h. 50, il a été fait à la malade 4 centig. 5 de morphine.

A 7 h. 30, température 36°6, pouls 100.

A 8 heures, lavage stomacal de 8 litres d'eau bouillie ; après ce lavage et à l'aide du tube de Faucher, on fait absorber à la malade, dans 200 grammes d'eau bouillie, 0 gr. 50 d'helmitol. A 8 heures, lavage vulvaire, injection vaginale au Tarnier. Tension artérielle, prise au Pachon : A. R. G., maxima 12, minima 8,5.

A 9 heures, température 36°7, pouls 88.

A 11 heures, M. Bardy, interne du service, constate que le premier bruit du cœur est un peu affaibli, le pouls petit, dépressible, est à 104. Au point de vue respiration, la respiration est soufflante, stertoreuse. Obscurité dans les deux bases.

18 novembre. Dans la journée, l'émission d'urine a été de 920 centimètres cubes (vingt-quatre heures), renfermant une quantité d'environ 1 gramme d'albumine. La malade a absorbé 4 grammes d'helmitol (à intervalles de trois heures). A la dix-septième heure, pouls 102,2 température 38°1. A la dix-neuvième heure, lavage de l'estomac et lavage de l'intestin. Toilette de la vulve et du vagin au Tarnier. Tension 13-8,5. Continuation de la diète hydrique.

19 novembre. A la première heure, la femme urine spontanément dans son lit. A ce moment, la température de 37°3, ten-

sion 12,5-8,5. A 8 heures, lavage d'estomac et lavage d'intestin (6 litres d'eau bouillie). On constate un léger œdème des deux grandes lèvres. Lavage vulvaire, injection vaginale au Tarnier, pulvérisation de la plaie périnéale à l'iode. Application de compresses d'eau oxygénée sur les lèvres œdématiées. L'état général de la malade est assez satisfaisant. L'émission d'urine dans les vingt-quatre heures est de 1.760 centimètres cubes, renfermant 0,50 centigrammes d'albumine par litre. La malade a absorbé 4 grammes d'helmitol (0 gr. 50 par intervalle de trois heures). Diète hydrique. A la dix-neuvième heure, lavage de l'estomac à l'eau bouillie, le liquide est verdâtre. Lavage de l'intestin. Tension artérielle, maxima 13, minima 8,5.

20 novembre Température, matin 37°2, pouls 78. Lavage de l'estomac et de l'intestin. Tension artérielle, maxima 15, minima 9. Les lochies sont normales, la femme se sent bien. A la vingt-et-unième heure, température 37°4. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

21 novembre. La femme a passé une bonne nuit. Température matin, à la septième heure, 37°2, pouls 90, tension artérielle, maxima 15, minima 9. Les lochies sont normales. Lavage vulvaire, injection vaginale au Tarnier. Pulvérisations à l'iode. L'œdème des grandes lèvres diminue. A la dix-huitième heure, température 38°4, tension artérielle, maxima 13,5, minima 9. Emission d'urines dans la journée 1.680 grammes. Absorption de 4 grammes d'helmitol dans la journée. Dans la nuit, la femme se plaint de douleurs dans le ventre. On fait des applications de compresses chaudes laudanaumisées qui amènent une grande amélioration. Toilette vulvaire et injection vaginale au Tarnier.

22 novembre. L'abdomen est toujours douloureux. Injection vaginale chaude et compresses laudanumisées. Température à la treizième heure 39°1, pouls 116. A la dix-septième heure, on donne un lavement chaud glycériné et on applique de la glace sur le ventre. Injection d'huile camphrée de 2 centimètres cubes. L'émission d'urine dans la journée est de 1.700 grammes. Helmitol 4 grammes dans la journée. A la dix-neuvième heure, tension artérielle, maxima 13 3/4, minima 9, température soir 38°7.

23 novembre. La femme n'a presque pas dormi pendant la nuit. L'abdomen est moins douloureux. Température matin 39°2. A la quatorzième heure, température 37°7, à 16 heures 38°8, à 18 heures, 39°3, pouls 158. La maîtresse sage-femme, constatant que les lochies sont fétides, pratique un examen minutieux. Rien d'anormal sur la plaie périnéale. Col utérin ouvert. Injections intra-utérines au Tarnier.

Endométrite puerpérale nécessitant un traitement énergique.

Infection sanguine secondaire avec localisation pulmonaire et réaction méningée. L'hémoculture, faite le 2 décembre, montra la présence de staphylocoques (vingt-cinq colonies au centimètre cube).

Thérapeutique anti-infectieuse. Electrargol, huile camphrée, bains. Guérison. Sortie le 23 décembre.

Note. — L'examen des urines, au point de vue de l'élimination de la morphine, a été fait par M. le docteur Bardy, par la méthode de Stas légèrement modifiée. Voici quelles furent ses conclusions :

Avant l'accouchement, jamais d'albumine.

17 novembre. Six crises d'éclampsie : 22 h. 50, 23 h., 22 h. 20, 23 h. 50, 24 h., 0 h. 10.

La morphine a été administrée aux heures et aux doses suivantes :

17 novembre : 22 h. 50, 0 gr. 01 centig. ; 23 h. 50, 0 gr. 01 cent.

18 novembre : 0 h. 50, 0,01 cent. ; 2 h. 50, 0,005 m/m ; 4 h. 50, 0,005 m/m. ; 6 h. 50, 0,005 milligrammes.

1° La morphine a été administrée de 22 h. 50, le 17 novembre, à 6 h. 50 le 18 novembre. Or, de 22 h. 50 à 8 heures du matin, la malade a uriné 750 centimètres cubes sans administration de diurétique.

A partir de 8 heures l'hlemitol a été donné à raison de 4 grammes par jour. Nous notons, comme élimination d'urine :

18 novembre, 920 centimètres cubes ; 19 novembre, 1.760 centimètres cubes ; 20 novembre, 1.205 centimètres subes.

La morphine n'a donc occasionné aucune diminution dans la quantité des urines (Le fameux barrage du rein, de Lancereaux, n'a pas été observé).

2° *Trente-deux* heures après la première administration de morphine et *vingt-quatre heures* après la dernière administration, on n'en recontrait plus dans les urines.

L'albuminurie a apparu en même temps que la morphine dans les urines et a disparu en même temps, au maximum d'élimination de morphine correspond le maximum d'élimination d'albumine. Il y a donc parallèlisme complet entre l'albuminurie et l'élimination de morphine.

Cette albuminurie n'a duré que trente heures : 1 *gr.* 826 *par litre.*

3° *La morphine n'a provoqué aucune hypertension.*

Observation XXVIII [891, Série II] (Personnelle)

Publiée par M. le Professeur Rouvier, *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1913

Éclampsie post partum. — Œdème pulmonaire. — Guérison.

Le 8 février 1913, à 11 h. 15, est admise d'urgence, à la Maternité d'Alger, la femme X..., Ipare, âgée de 25 ans, pour éclampsie post-partum.

Antécédents héréditaires : père mort de bronchite (?), mère vivante et bien portante. Ont eu cinq enfants dont deux décédés de maladie ignorée, les trois autres actuellement bien portants.

Antécédents personnels : rougeole en bas-âge, pas d'autre maladie infectieuse. Premiers pas à douze mois. Réglée à 15 ans, toujours bien réglée.

Cette femme était entrée comme pensionnaire chez une sage-femme d'Alger, pour y faire ses couches. L'analyse des urines faite dès son entrée, décela la présence de 2 grammes d'albumine par litre. Elle fut mise au régime lacté et à l'helmitol.

Au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 8 février 1913, au matin, et qui fut normal et très rapide, les urines contiennent 6 grammes d'albumine. La malade ne ressent aucun trouble. Poids du fœtus : 3 kilog. 600. Délivrance normale.

A 9 h. 15, première crise d'éclampsie. Injection de 0,01 de morphine, helmitol 0,50.

A *10 h. 15*, seconde crise. Morphine 0,01. La malade se plaint d'une violente céphalée frontale. Un docteur, mandé, l'envoie d'urgence à l'hôpital. Pendant le trajet, troisième crise.

11 h. 15. Morphine 0,01. Lavage stomacal de 10 litres d'eau stérilisée, qui ramène un liquide jaunâtre renfermant des mucosités.

Tension artérielle au Pachon M. 19 — m. 9.

12 h. 20. Quatrième crise de longue durée, avec cyanose du visage et des extrémités. Morphine 0,005 milligrammes, helmitol 0,50.

T. A. : 17,5—10,5 après la crise.

13 h. 10. Cinquième crise, toujours de même intensité. Pendant la crise, T. A. 24-13. Morphine 0,005.

13 h. 30. Sixième crise.

14 h. 20. Septième crise, toujours violente. Lavage intestinal

de 6 litres. Selles peu fétides. Cathétérisme vésical. 300 grammes d'urine claire, jaune ambrée. Albumine 8 gr., à l'Esbach.

15 h. Huitième crise. Morphine 0,005. Helmitol 0,50.

15 h. 20. Neuvième crise.

15 h. 50. Dixième crise.

16 h. Onzième crise. T. A. 22-12 (vingt minutes après la crise).

16 h. 50. Douzième crise.

17 h. 10. Treizième crise.

17 h. 20. Treizième crise, morphine 0,005.

17 h. 30. Quatorzième crise. Lavage intestinal de 6 litres. 0,50 d'helmitol par voie rectale.

18 h. 20. Quinzième crise.

18 h. 30. Seizième crise, plus intense : dure trois minutes. Les troubles d'asphyxie, plus accentués, sont combattus par des inhalations d'oxygène.

19 h. Symptômes très nets d'œdème pulmonaire. Ventouses scarifiées aux deux bases.

T. A. : 20-11.

En présence du mauvais état général de la malade, M. le Professeur Rouvier est prévenu par téléphone. Il interdit toute saignée et recommande de continuer la morphine : une injection de 0,01 immédiatement et quatre injections consécutives de 0,005 à une heure d'intervalle. Huit crises convulsives se succèdent dans le courant de la nuit.

9 février 1913. 1 h. 20. Vingt-cinquième. crise.

1 h. 40. Vingt-sixième crise.

3 h. 25. Vingt-septième crise. 0 gr. 50 d'helmitol, par voie rectale. Sueurs profuses.

9 heures. Lavage stomacal avec 6 litres d'eau stérilisée. La malade est dans le coma depuis la veille à 18 h. 15.

Les signes d'œdème pulmonaires sont moins prononcés. Quelques râles. Plus d'expectoration rosée. Etat général satisfaisant. Morphine 0,005 (en tout 0, 085 milligrammes). La malade urine abondamment sous elle. Dans les urines recueillies par cathétérisme, on trouve 9 gr. d'albumine.

21 heures. Temps. 37. T. A. 20-10.

Nuit calme, la malade n'a pas repris connaissance.

10 février. Temp. 37. T. A. 21-11.

Helmitol 3 gr. Lavage intestinal.

11 février. Etat stationnaire. Polyurie avec incontinence. Les urines qu'on recueille par cathétérisme donnent 0,50 d'albumine par litre. Retour graduel des facultés intellectuelles.

T. A. : 18-9,5.

12 février. A la visite, la malade répond à nos questions. Elle se plaint encore de céphalalgie. Elle reconnaît bien les objets qu'on lui présente. Elle donne des renseignements exacts sur so famille ; toutefois, l'amnésie concernant son passé génital est toujours persistante et complète.

13 février. L'état général continue à s'améliorer. Cathétérisme vésical 300 grammes d'urine jaune, ambrée, traces d'albumine.

9 heures. T. A. : 19-11 ; pouls 92.

17 heures. T. A. : 15-10 ; pouls 90.

14 février. Urines depuis vingt-quatre heures : deux litres. La malade cause de sa ville natale et de sa famille. L'amnésie porte toujours sur sa grossesse et sur l'accouchement consécutif.

9 heures. T. A. : 15-10.

17 heures. T. A. : 17-11.

16 février. Urines claires et abondantes, pas d'albumine, 2 litres par 24 heures. Régime lacté.

T. A. : 12-8

17 février. — Régime hypoazoté et hypochloruré.

Urines : 3 litres. T. A. : 12-8.

18 février. Urines 3 litres 500. T. A. : 12-8.

Nuit calme, mais cauchemars. Céphalée intermittente.

19 février. La mémoire revient entièrement à la malade. Elle se souvient de tous les événements de ces jours derniers.

Urines de 24 heures : 3 litres. T. A. : 12-7.

Premier lever.

20 février. Urines : 3 litres 500. T. A. 12-7.

Régime sans sel.

21 février. Plus de céphalée. Urines : 2 litres 500, sans albumine.

23 février. La malade, tout à fait rétablie, quitte le service. Sa tension artérielle est 12-7.

Observation XXIX [895, Série II] (Personnelle)

(Publiée par M. le Professeur Rouvier, *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, juin 1913, p. 557)

Éclampsie post partum. — Violent delire post éclamptique.

Le 19 février 1913, à 10 h. 50, entre au pavillon Tarnier la nommée L. S... (ép. T. F...), primipare de vingt-six ans, avec le diagnostic d'éclampsie post-partum.

A son entrée dans le service, la malade est dans la coma ; sa famille, présente nous donne les renseignements suivants :

La malade a eu une grossesse normale jusqu'au septième mois ; à partir de ce moment, elle présente un œdème très accusé des membres inférieurs, quelques étourdissements, des troubles de la vue. C'est une ouvrière qui suivait un régime alimentaire convenable, composé surtout de soupes et de légumes, avec un penchant pour les pommes de terre frites. Six jours avant l'accouchement, la sage-femme qui devait la suivre pendant ses couches fit une anàlyse d'urine, mais ne trouva pas d'albumine.

Le 18 février 1913, à 14 h. 50, elle accouche d'un enfant du sexe féminin, pesant 2 kil. 900 grammes. Délivrance normale une demi-heure après. Jusqu'au soir, la malade se sentait bien, mais, vers 17 heures, elle ressentit des maux de reins et parut agitée. A 23 heures, une première crise d'éclampsie se déclare, la famille, affolée, va chercher la sage-femme, qui prévient elle-même le docteur. Deuxième crise à minuit. Troisième crise à 1 h. 20, le 19 février. Quatrième crise à 5 h. 30. Depuis, 9 crises jusqu'à son entrée dans le service (en tout, 13 crises avant son entrée, dont 1 pendant le trajet en voiture). Avant d'entrer à l'hôpital, la malade avait uriné spontanément 500 grammes d'urine claire. Le docteur qui avait été appelé à son chevet avait ordonné un lavement du codex et un second lavement avec *4 grammes de chloral* (ces deux lavements furent donnés par la sage-femme). A son entrée dans le service à Tarnier, à 10 h. 50, la malade est dans le coma. M. le professeur Rouvier ordonne de commencer immédiatement son traitement anti-éclamptique. A 11 heures, 1 centigramme de morphine. A 11 h. 25, cathétérisme vésical, 280 grammes d'urine claire. Analyse à chaud, présence d'albumine. A froid, au tube d'Estach, 0 gr. 60 d'albumine. Pendant le cathétérisme, une crise se déclare (quatorzième crise, sa durée est de une minute et demie). A 11 h. 50, lavage intestinal de 8 litres, les matières évacuées sont noirâtres et fétides. Par voie rectale, à la fin du lavement, on fait absorber 0 gr. 50 d'helmitol (1er cachet). A 11 h. 45, deuxième crise dans le service (quinzième crise, durée une minute). A 11 h. 47, injection de 1 centigramme de morphine (2e centigramme). A 12 h. 30, troisième crise dans le service (16e crise). A 12 h. 45, injection de 1 centigramme de morphine (3e centigramme). A 13 heures, tension artérielle, au Pachon, maxima 17, minima 10. Pouls 88. Température 36°7. A 13 h. 20, lavage stomacal, le liquide rejeté est blanchâtre, son odeur rappelle celle du lait aigre. Après le lavage d'estomac, avec le tube de Faucher, on fait absorber à la femme 0 gr. 50 d'helmitol

(2e cachet). A 14 h. 45, injection de ½ centigramme de morphine (4e centigramme). A 16 heures, cathétérisme (*125 grammes d'urine*). Injection vaginale au Tarnier. A 16 h. 45, injection de ½ centigramme de morphine (4e centigramme). A ce moment, à l'auscultation, on trouve de la sonorité dans toute la hauteur du poumon et quelques râles crépitants aux bases. Respiration bruyante. Sept inspirations par minute. Ventouses sèches. Ballons d'oxygène. La malade est plongée dans un coma ressemblant au sommeil de l'ivresse. Elle réagit aux piqûres qu'on lui fait. A 17 heures, lavage stomacal de 6 litres (liquide assez clair et inodore). A 17 h. 45, la dyspnée s'accentue, la femme fait des inspirations profondes. A 18 h. 5, dix-septième crise, qui dure une minute. A 18 h. 10, injection de 1 centigramme de morphine (5e centigramme). A 18 h. 10, injection de 1 centigramme de morphine (5 centigramme). A 18 h. 30, lavage intestinal de 6 litres (odeur fétide), un cachet d'helmitol (3e cachet). A 18 h. 50, cathétérisme donnant *125 grammes d'urine*. A 20 h. 10, injection de ½ centigramme de morphine (5e centig. ½). A 20 h. 35, pouls 80. Température 36°5. A 22 h. 30, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (4e cachet). A 23 h. 10, dix-huitième crise, qui dure une minute et demie. A 23 h. 15, injection de 1 centigramme de morphine (6 centig. ½). A 23 h. 45, dix-neuvième crise, qui dure une minute et demie. La malade présente de la cyanose de la face et des extrémités. Ballon d'oxygène. A 24 heures, température 37° Pouls 82. A 24 h. 10, injection de ½ centigramme de morphine (7e centig. ½) .

Le *20 février*, à 2 h. 10, injection de ½ cent. de morphine (8e cent.). A 5 h. 7, température 37°6, pouls, 108. A 6 heures, la malade semble se réveiller, elle répond à son nom par un oui. On lui demande si elle nous voit, elle répond : « Hein, hein, » et semble chercher à se reconnaître. A 6 h. 15, cathétérisme, donnant *1.000 grammes d'urine*. Injection vaginale au Tarnier. A 6 h. 20, lavage intestinal de 6 litres. Cachet de 0 gr. 50 d'helmitol par voie rectale (5e cachet). Lavage de la cavité buccale à l'eau oxygénée dédoublée. A 8 heures, tension artérielle, maxima 15, minima 10. A 11 heures, pouls 104. Cathétérisme (*350 grammes urine teinte abricot*). Un cachet d'helmitol (6e cachet). A 12 heures, M. Allaux fait une prise de sang avec une ventouse scarifiée pour doser le taux de l'urée. A 14 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (7e cachet). A 15 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (8e cachet). Lavage intestinal de 6 litres ramenant des matières fécales très dures. Cathétérisme (*300 grammes d'urine*). La malade est à la diète hydrique depuis son entrée dans le service. A 19 heures, pansement de la vulve à l'eau oxygénée. Tension artérielle 15-10. A 22 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (9e cachet).

Le *21 février*, à 1 heure. Cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (10e cachet). A 4 heures, cachet d'helmitol (11e cachet). Diète hydrique. A 6 heures, injection vaginale au Tarnier. Le cathétérisme n'a pu être fait, la malade ayant uriné abondamment pendant son injection. Depuis le 20 février, à 23 h. 30, la malade présente de l'agitation et divague. Elle veut se lever et aller vers son père et sa mère qu'elle voit mourir. A 10 heures, cachet de véronal 0 gr. 50. A 11 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (12e cachet). A 13 heures, lavage intestinal de 6 litres, matières fécales peu fétides. A 14 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (13e cachet). Le cathétérisme ne peut se faire car la malade urine sous elle. A 17 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (14e cachet). Cachet de 0 gr. 50 véronal. Depuis la quatorzième heure, la malade est agitée, appelle son mari, sa mère et pousse continuellement des cris, et se dresse sur son lit. Il est impossible de prendre la température et la tension. A 19 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (15e cachet). La malade a passé une nuit très agitée, elle se lève, pousse des cris, s'apaise pendant cinq minutes pour recommencer ensuite. Le cathétérisme est impossible à faire car, depuis le 21 février, à 11 heures, la malade urine abondamment sous elle. La température et la tension ne peuvent être prises. A 20 heures, lavages intestinal de 6 litres (selles non fétides). Cachet de 0 gr. 50 véronal. A 22 heures, cachet de 0 gr. 50 d'helmitol (16e cachet).

Le 22 *février*, à 1 heure, 0 gr. 50 helmitol (17e cachet). A 4 heures, 0 gr. 50 helmitol (18e cachet). A 7 heures, 0 gr. 50 helmitol (19e cachet). Vers 8 heures, la malade répond très bien aux questions qu'on lui pose. Régime lacté. A 9 heures, on fait absorber à la malade un verre de lait. A 15 heures, la malade demande à uriner (250 *grammes urine claire*). Température 36°5. Cachet de 0 gr. 50 d'helmitol dans un demi-verre de lait. La malade a des hallucinations. Deux cachets de 0 gr. 50 de véronal n'ont donné aucun résultat.

Le 23 *février*, la malade a encore des hallucinations dans la matinée. Le soir, son délire est plus violent, elle monte sur son lit. On lui met une camisole de force. Elle réussit à s'en défaire et à se sauver sur la galerie à la recherche de son mari, qui est, dit-elle, en train de se noyer. On lui donne deux cachets de de 0 gr. 50 de véronal pour calmer cette hyperexcitabilité du système nerveux.

Le 24 *février*, le sang qui avait été prélevé le 20 par ventouse scarifiée est laissé vingt-quatre heures en repos. Le sérum est fortement laqué et hémolysé. Le sérum centrifugé est traité par

l'acide trichloracétique. A l'uréomètre d'Yvon, on trouve 0 gr. 35 d'urée par litre. Donc, il n'y a pas d'azotémie. Tension artérielle à 9 h. 30, maxima 16, minima 12. Au point de vue utérin, rien d'anormal. Col presque complètement refermé. Utérus peu volumineux, non douloureux. Lochies non fétides. On fait, à 10 heures, une injection de morphine de 1 centigramme pour calmer l'irritabilité cérébrale. La malade a passé une après-midi relativement calme. Elle sommeille et paraît être moins agitée. Cependant, elle présente toujours du délire. Dans la journée, la femme a pris de l'helmitol, 3 grammes en six cachets. Régime lacté. Peu de lait ; cependant, la malade ne voulant pas boire elle-même, on songe à l'alimenter par le gavage.

Tension artérielle 16-12.

La malade urine abondamment sous elle.

A 21 heures, très calme elle demande à être délivrée de la camisole de force et consent à prendre un peu de lait. Elle demande à ce qu'on l'empoisonne.

25 février. La nuit a été très bonne ; la malade est bien reposée. A 7 heures, cathétérisme vésical, urines 50 grammes, pas d'albumine. La malade va beaucoup mieux, elle a conscience de son état. Elle sait qu'elle a déliré ces derniers jours et qu'elle a fait des tentatives d'évasion.

Régime sans sel. Helmitol 3 gr. Urines dans les 24 heures : 1 litre 500.

26 février. Tension artérielle 14-9.

Régime sans sel. Urines 2 litres 200.

27 février. Même régime. Tension artérielle 14-8. Polyurie. Albuminurie 0 gr. 25 par litre.

Quitte le service, le 3 mars, en parfait état.

Nous avons revu cette malade, ces jours derniers, à la Maternité où elle est revenue faire ses couches. Elle ne présentait pas d'albumine. Sa tension artérielle était normale. Voir Observation VII (1506, S. II).

Elle a accouché normalement.

Observation XXX [901, Série II] (Personnelle)

Publiée par M. le Professeur Rouvier, *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris, juin* 1913)

Éclampsie post partum. — Amaurose éclamptique.

F. M... ép. S. F..., primipare de 24 ans, entre au pavillon Tarnier, le 22 février 1913, dans le coma.

La famille, présente, nous donne les renseignements suivants :

La malade n'a jamais fait de maladies infectieuses, pas même de grippe avant sa grossesse. La date des dernières règles est du 9 au 14 juin 1912. La grossesse a évolué normalement ; cependant, depuis deux mois environ, la malade toussait et se plaignait d'un léger point de côté. A cette époque, elle présente de l'œdème des membres inférieurs. Aucune analyse d'urine n'a été faite.

Le 19 février au soir, vers 18 heures, la malade a eu une violente émotion et, trois heures après, des contractions utérines apparurent annonçant un début de travail.

L'expulsion du fœtus a eu lieu, le 21 février, à 6 heures du matin (sommet en gauche antérieure). L'enfant, du sexe féminin, pèse 1 k. 500. Délivrance normale.

La malade se plaignant de céphalée violente, de troubles de la vue, après son accouchement, la sage-femme lui donne du pyramidon.

A 20 heures, vomissements avec grands efforts, les troubles de la vue persistent, la céphalée devient plus vive, quoique la malade n'ait pris que des aliments liquides pendant la journée. La face s'œdématie et, le 22, à 2 heures, une crise d'éclampsie se déclare. Un docteur, mandé, l'envoie d'urgence à l'hôpital.

A 5 h. 30, deuxième crise puis, une demi-heure plus tard, deux crises successives. Donc, quatre crises avant son entrée dans le service.

A son arrivée, la femme est plongée dans un demi-coma ; elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose, sans avoir nettement conscience de l'endroit où elle se trouve. A 7 h. 35, injection de 0,01 de morphine, lavage intestinal de 6 litres évacuations peu fétides, lavage d'estomac de 6 litres liquide, clair, contenant quelques mucosités. On profite de ce lavage pour faire absorber 0,50 d'helmitol.

Tension artérielle 18-9,5 au Pachon. Cathétérisme vésical, 900 grammes d'urine claire, orangée. Albumine 11 gr. 50 à l'Esbach (0 gr. 01 de morphine à 8 h. 35, 9 h. 35, 10 h. 35).

A 11 heures, la femme, interrogée, répond bien aux questions qu'on lui pose. Amnésie totale pour tout ce qui touche à sa vie génitale. Elle ne se rappelle ni de la date de ses règles, ni de sa grossesse, ni de son accouchement. Elle se souvient, au contraire, de ses voisins et des derniers événements banaux de sa vie. A 11 h. 30, 0 gr. 50 d'helmitol. A 12 h. 35, à 14 h. 35, 0,005 de morphine.

On constate alors que la malade est atteinte de cécité totale. Elle reconnaît, à leur parole, les personnes de son entourage,

mais fait de vains efforts pour les voir (L'examen du fond d'œil n'a pu être fait).

Dans la soirée, cachets d'helmitol de 0,50 et 0,005 de morphine à 16 h. 35. Diète hydrique.

23 février. A trois heures du matin, la malade s'éveille ; elle a recouvré complètement la vue. Elle se rend compte qu'elle est à l'hôpital et paraît très calme. Diète hydrique dans la matinée, un peu de lait le soir.

Tension artérielle 17-9. Albumine, 2 gr. 50 par litre.

Urines dans les 242 heures : 2 litres 500.

Plus de céphalée. Prise de sang pour le dosage de l'urée.

24 février. Calme persistant. Etat général excellent ; la malade se souvient de la sage-femme qui l'a assistée et de son accouchement.

Urines : 3 litres dans les vingt-quatre heures. Albumine, 2 gr. par litre. Tension artérielle[e]: 16-9.

25 février. Etat général excellent. Plus de céphalée. Urée dans le sérum : 0,25 par litre. Urines dans les vingt-quatre heures : 2 litres environ.

Na Cl 10 gr. par litre. Albumine 1 gr. 50.

Tension artérielle 15-9.

Régime sans sel. Helmitol 3 grammes.

26 février. La malade a sa parfaite connaissance et la mémoire lui est complètement revenue. Elle paraît définitivement en convalescence. Sur sa demande, on lui permet d'allaiter son enfant.

Urines : 1 litre 800 dans les vingt-quatre heures. Albumine : 1 gramme.

Tension artérielle : 14-8.

Régime sans sel. Helmitol 3 gr.

27 février. Température : matin, 38° ; soir, 37°1.

Urines : 2 lit. 500 dans les vingt-quatre heures. Albumine 0,50.

28 février. Urines abondantes. Albumine 0 gr. 50.

Tension artérielle : 13-8.

La tension se maintient à ce chiffre, la quantité d'albumine dans les urines diminue et disparaît progressivement. La malade quitte le service, le 6 mars, en parfaite santé.

Observation XXXI [1184, Série II]

Éclampsie post partum

M. H... primipare, 22 ans, entre au pavillon de travail, le 15 septembre 1913, à 7 heures, en douleurs.

Antécédents héréditaires : père et mère décédés d'affection inconnue. Un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : réglée à 12 ans, toujours bien réglée. Mariage à 20 ans. La date des dernières règles serait du 10 au 15 juin 1912 (?). Quelques vomissements au début de la grossesse, œdème des membres inférieurs depuis deux mois. Pas de céphalée, ni de troubles visuels.

Examen : hauteur utérine : 34 centimètres au-dessus du pubis. Quelques contractions douloureuses à intervalles réguliers. Présentation du sommet en O.I.G.A. Col effacé, dilatation : 2 fr. environ.

Le travail marche régulièrement, on l'accélère par deux cachets d'extrait d'hypophyse de 0 gr. 10.

12 h. 10. Dilatation complète. A 12 h. 50, expulsion du fœtus du sexe masculin du poids de 2 kil. 900. Délivrance normale.

14 h. 20. Première crise d'éclampsie, sans prodromes. Elle dure trois minutes.

Lavage intestinal de 8 litres.

Cathétérisme qui donne 70 gr. d'urine couleur acajou. Albumine : 10 gr. par litre.

14 h. 45. Injection de morphine, 0,01.

15 h. 10. Deuxième et dernière crise d'éclampsie.

15 h. 20. Lavage d'estomac de 6 litres d'eau bouillie, liquide rejeté contenant des mucosités. Helmitol, 1 gramme, par voie buccale.

15 h. 45. Injection de morphine, 0,01.

Temp. 37°1. Pouls 120. Tension artérielle : 22,5-10.

16 h. 45. Morphine : 0,01.

18 h. 45, 20 h. 45, 22 h. 45, 0 gr. 005 de morphine.

La malade, très calme, a toute sa connaissance. Quelques troubles visuels. Nuit calme, pas d'agitation.

16 septembre. Temp. 36°3. Pouls 110. Tension artérielle : 22,5-10.

Lavage intestinal matin et soir.

Urines dans les 24 heures : 2 litres. Diète hydrique.

Soir : temp. 36°7, pouls 114. Tension artérielle : 21-9,5.

17 septembre. Etat général excellent ; plus de troubles de la vue, ni de céphalée.

Lavage intestinal matin et soir.

Urines dans les vingt-quatre heures : 2 lit. 150. Albumine : 6 grammes.

18 *septembre.* Insomnie. Régime lacté. Helmitol 3 gr. Urines : 1 lit. 500 dans la journée. Albumine : 2 gr.

Matin : temp. 37°5. Pouls 100. Tension artérielle 22-9,5.

Soir : temp. 37°9. Pouls 102. Tension artérielle 22-9,5.

Lochies fétides. Antisepsie vaginale et utérine, matin et soir.

19 septembre. Troubles visuels, mouches volantes.

Matin : temp. 38°1. Pouls 120. Tension artérielle, 26-10.

Soir : temp. 39°4. Pouls 128. Tension artérielle 26-10.

Urine dans les vingt-quatre heures : 2 lit. 500.

20 *septembre.* Amélioration de l'endométrite. Les injections intra-utérines au Tarnier sont continuées régulièrement.

Temp. 39°1. Pouls 118. Tension artérielle 19-10.

Urine dans les vingt-quatre heures : 2 lit. 500. Albumine 2 gr.

21 septembre. Grande amélioration.

Temp. 37°9. Pouls 102. Tension artérielle 19-10,5.

La malade quitte le service, malgré l'opposition du personnel.

Observation XXXII [1325, Série II]

(Prise par M. Bit, interne de la Maternité)

Éclampsie post partum

Le 1er janvier 1914, à 20 h. 30, entre, au pavillon Tarnier, une primipare de 23 ans, A... Maria, épouse E.... Vicente, dans le coma. Elle a accouché, le 31 décembre, dans la nuit, d'un enfant à terme du sexe masculin. La famille donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires : Père bien portant, mère décédée d'affection inconnue. Quatre frères ou sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler. Pas de maladies infectieuses, pas de paludisme.

Grossesse actuelle. D. R. (?). Pendant les trois premiers mois de la grossesse, inappétence, amaigrissement assez notable. Rien de particulier, sauf de l'œdème des membres inférieurs dans ces derniers jours.

Après l'accouchement, la malade se sent bien, n'éprouve aucun malaise. Le 2 janvier seulement, vers 10 heures, elle accuse une céphalée violente, avec troubles visuels qui vont, au dire de son entourage, jusqu'à la cécité complète.

10 h. 30. Première crise d'éclampsie qui dure cinq minutes environ ; la femme, très agitée, divague jusqu'à la crise suivante, Les crises se succèdent au nombre de quatre, avant l'entrée dans le service ; la malade est très agitée.

21 heures. Cinquième crise qui dure 5 minutes. La malade tombe dans le coma.

Tension artérielle : 16-9

Au bout d'une heure, le coma cesse, il est remplacé par de l'agitation et de l'incohérence dans les paroles.

21 h. 20. Lavage intestinal de 6 litres, liquide rejeté clair, non fétide.

Auscultation. Râles sous-crépitants sur toute la hauteur des deux poumons (congestion). Ventouses sèches. Oxygène.

22 h. 20. Morphine 0 gr. 01. Lavage vaginal

23 heures. Sixième crise convulsive. Cathétérisme vésical, 1.500 grammes d'urine claire, avec des traces d'albumine.

23 h. 20. Injection de morphine 0 gr. 01.

2 janvier, à 1 h. 20, 3 h. 20, 5 h. 20, on fait une injection de 0 g. 005 de morphine.

Lavage d'estomac et d'intestin dans la matinée. 18 litres d'eau sont employés, pour arriver à obtenir un liquide de sortie clair et non fétide.

8 h. 30. Cathétérisme vésical, 1.150 gr. d'urine claire. Ventouses sèches.

Tension artérielle : 14-8.

La malade n'a aucune connaissance de ses actes ; dans la matinée, elle se lève, urine sur le parquet de sa chambre.

17 heures. Tension artérielle : 13,5-7,5.

Lavage d'estomac et d'intestin.

20 heures. Tension artérielle : 15,5-9.

Urines recueillies par cathétérisme : 1 lit. 100, pas d'albumine.

Helmitol absorbé dans la journée : 3 grammes.

3 janvier. La malade a repris connaissance ; elle y voit très bien, reconnaît les couleurs ; se plaint seulement d'une légère céphalée.

9 heures. Tension artérielle : 13,5-6,5.

Lavage intestinal de 6 litres.

Urine dans les 24 heures : 2 l. 550. Pas d'albumine. Régime lacté. Helmitol : 4 grammes.

4 janvier. Etat général excellent, la malade à toute sa connaissance.

Tension artérielle 14-8. Urines 2 l. 800.

5 janvier. Régime lacté. Etat général excellent. Tension artérielle 13-7. Helmitol : 3 grammes par jour.

Sort en bonne santé, le 7 janvier, malgré l'opposition du chef de service.

CONCLUSIONS

1° L'hypotension étant la règle, au cours de la grossesse normale, toute hypertension durable à cette période devra attirer immédiatement l'attention du médecin et nécessiter une diététique sévère.

2° L'hypertension est la règle dans tous les cas d'albuminurie gravidique qui traduisent une intoxication plus ou moins profonde de l'organisme ; comme elle semble la règle dans tous les cas d'éclampsie confirmée.

3° Dans l'éclampsie, l'hypertension précède les crises, est maximum pendant les crises, mais elle peut redevenir normale dans l'intervalle des crises. L'élévation, régulière et progressive, ou brusque, de la tension artérielle est généralement un indice significatif du début ou du retour des accidents convulsifs.

4° L'hypertension n'est qu'un des principaux éléments de pronostic de la maladie : une tension très élevée n'implique pas forcément un pronostic fatal, de même qu'une tension relativement faible ne doit pas toujours être considérée comme un symptôme obligatoirement favorable.

5° La pathogénie de l'hypertension, au cours de l'éclampsie puerpérale, relève de plusieurs facteurs. L'un des plus importants, sans toutefois dénier les effets des toxines sur les vaso-constricteurs, paraît être le rôle des capsules surrénales.

6° L'hypertension artérielle est un des facteurs les plus importants des accidents et des lésions survenant au cours de la maladie et pouvant provoquer la mort.

7° Le traitement rationnel de l'éclampsie par la morphine à doses massives, les grands lavages et l'helmitol, paraît produire les meilleurs effets en faisant baisser la tension artérielle d'une façon régulière, permettant ainsi d'éviter des complications redoutables. Ainsi s'expliquent les excellents résultats obtenus par ce traitement à la Maternité d'Alger.

BIBLIOGRAPHIE

ABELOUS et BARDIER. — Société de Biologie, 27 mars, 27 mai, 10 juil. 1909 ; *Journal de Physiologie et Pathologie générale*, 1908, p. 627.

ACHARD. — Rétention des chlorures et Pathogénie de l'œdème (Société Médicale des Hôpitaux, juillet 1903).

ACHARD. — Sur la recherche de la rétention des chlorures (Société médicale des hôpitaux, octobre 1903).

ACHARD et PAISSEAU. — La rétention de l'urée dans l'organisme malade (*Semaine Médicale*, 6 juil. 1904).

AMBARD. — La rétention chlorurée dans les néphrites interstitielles (Thèse. Paris, 1905).

AMBARD. — Origine rénale de l'hypertension (*Semaine Médicale*, 1906).

ANDÉRODIAS. — *Province Médicale*, 1906, p. 51.

AUBERTIN. — Hyperplasie surrénale dans l'alcoolisme expérimental (Soc. de Biologie, 27 juillet 1907).

AUBERTIN et AMBARD. — Lésions des capsules surrénales dans les néphrites avec hypertension (*Tribune Médicale*, 20 fév. 1904).

AUBERTIN et CLUNET. — Hypertrophie du cœur et hyperplasie de la zone médullaire des surrénales (Soc. Biologie, 7 déc. 1907).

AUBURTIN. — Les effets tardifs du chloroforme (Thèse, Paris, 1906).

AUDEBERT et BERNY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, Paris déc. 1912.

AUDEBERT et ETCHEVERS. — Tension artérielle dans la montée de lait (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, oct. 1913).

BALLANTYNE. — *Edimburg Medical Journal*, mai 1885.

BALLANTYNE. — Eclampsie et ponction lombaire (*The Edimburg obst. Soc.*, 1904-05).

BAR. — Leçons de clinique obstétricale, 1907.

BAR. — Le foie chez les éclamptiques. Leçons de pathologie obstétricale (tome II, 1907, page 11).

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (Paris, 1914).

BAR et COMMANDEUR. — Pathogénie et traitement de l'éclampsie puerpérale (Obstétrique, 5 oct. 1911).

BAR et DAUNAY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1907.

BAR et GUIEYSSE. — Société d'Obstétrique de France, 23 avril, 1897.

BAR et LEQUEUX. — *Annales de la Société d'Obstétrique de France*, 1905, p. 291.

BARANGER. — Cardiopathies et grossesse (Thèse, Paris, 1898).

BARTHÈS. — Indications et avantages de la morphine dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (Thèse, Alger, 1912).

BERNARD et BIGART. — Etude anatomopathologique des capsules surrénales dans quelques intoxications expérimentales. (*Journal de Physiologie et Pathologie générale*, nov. 1902 ; Société de Biologie, 1902, p. 1219).

BERNARD et SERGENT. — L'insuffisance surrénale (Coll. Leauté, 1902).

BINDER. — *Centrablatt Für Gynœkologie*, 1906, n° 57.

BLAIN. — Le pouls dans la puerpéralité (Thèse Paris, 1908).

BONNEY. — *Journal of obstetric. and gynec. of the British Empire*, (déc. 1913, p. 313).

BOSC et VEDEL. — Rapport au Congrès de Médecine, 1904 (*Semaine Médicale*, 1904, p. 337).

BOUCHARD et BALTHAZAR. — Le cœur à l'état normal et au cours de la grossesse (Cr. Académie des Sciences, 1902, p. 231).

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Lésions anatomiques de l'éclampsie puerpérale (Thèse, Paris, 1891).

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Rapport au Congrès d'obstétrique, 1898.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Accès éclamptiques. Nouvelle pratique médico-chirurgicale (Premier supplément, 1913).

BRINDEAU et NATTAN LARRIER. — Le placenta des éclamptiques (*L'Obstétrique*, 1908).

BRUNET. — *Gynécolo Ründschau*, 1908, n° 5.

BRUSLON. — Thèse de Paris, 1912.

CARIDI MISSIRLIOGLOU. — Le vératrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (Thèse Paris, 1904).

J. CASTAIGNE. — Chronique sur la pathologie de la grossesse (*in Journal Médical Français*, 15 janv. 1912).

CAVINA. — Pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu, produit par l'adrénaline (*Archives des Sciences Médicales*, vol. XXXVI, 1912).

CAZEAUX. — Traité d'accouchements, 1858.

CHAMBRELENT. — Sur un cas d'éclampsie observé à 5 mois de la grossesse (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1912, p. 242).

CHAPON. — Pression artérielle pendant la grossesse (Thèse Paris, 1898).

CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements (2e édit., 1890).

J. L. CHIRIÉ. — Recherches expérimentales sur l'éclampsie. Hypertension artérielle et accès éclamptiques (Thèse Paris, 1907).

J. L. CHIRIÉ. — Les capsules surrénales dans l'éclampsie puerpérale et la néphrite gravidique (*Obstétrique*, 1908).

J. L. CHIRIÉ. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (février 1908, p. 116).

CLAUDE et CAMUS. — Précis de pathologie générale (Paris, 1910).

COMMANDEUR. — Traitement médical de l'éclampsie puerpérale (*in Journal Médical Français*, 15 janv. 1912).

COUVELAIRE. — Rétention azotée au cours d'un accouchement de longue durée (*Bull. Société Obstét. Gynéc. et Pédiatrie*, Paris, 1911).

DANIEL. — Le pouls et la température dans la puerpéralité (*Annales de gynéc. et obstét.*, 1902).

DAUNAY. — Des modifications de l'urine chez les éclamptiques (Thèse de Paris, 1907).

DEPAUL. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1854.

DEPAUL. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1865, article Accouchement.

DUBOIS. — Des phénomènes de l'accouchement (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 395).

ETCHEVERS. — Tension artérielle dans la montée de lait (Thèse Toulouse), 1913).

FABRE. — Précis d'Obstétrique, Paris, 1910, p. 119.

FOY. — Manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle (Thèse, Paris 1911).

FRANÇOIS. — La saignée dans les accidents prééclamptiques (Thèse, Paris, 1910).

GAILLARD. — Eclampsie sans crises convulsives (*Tribune Médicale*, 5 oct. 1907).

GAILLARD. — L'hyperplasie surrénale dans ses rapports avec l'hypertension permanente (Thèse, Paris, 1908).

GALLAVARDIN. — La tension artérielle en clinique : sa mesure, sa valeur séméiologique (Paris, 1910).

GUGGISBERG. — Zeitschrift für Immunitaetsforschung und experimentale Thérapie, 1911. Band. x, p. 216.

GUIEYSSE. — Les capsules surrénales (Thèse, Paris, 1901).

GUSSAKOFF. — *Zentralblatt für gynœkologie*, 27 mars 1911.

HALLION et COMTE. — Tension artérielle dans l'effort (Société de Biologie, 14 nov. 1896).

HALLION et NEPPER. — Recherches expérimentales sur les effets circulatoires et sur les accidents d'œdème aigu du poumon, produits par l'adrénaline (*Journal de Physiologie et Pathologie générale*, n° 6, nov. 1911).

HUCHARD. — Consultations Médicales (*Clinique et Thérapeutique*, 4e édition, 1906, p. 418).

HUCHARD et N. FIESSENGER. — Clinique thérapeutique du praticien, t. I, 1908.

HUCHARD. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 9 mai 1890.

HUCHARD et FIESSENGER. — La thérapeutique en vingt médicaments (Paris, 1910, p. 243).

JAVAL. — La chlorurémie dans la grossesse et l'éclampsie (Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie, 14 mars 1910).

JOSUÉ. — Athérome expérimental par injection d'adrénaline dans les veines (Société de Biologie, 14 nov. 1903 ; *Presse Médicale*, 18 nov. 1903).

JOSUÉ. — La vaso constriction déterminée par l'adrénaline n'est pas due aux centres nerveux sympathiques (Société de Biologie, 10 janv. 1903).

JURGENS. — *Berliner Klin Wochench* (1886, p. 515).

KALTENBACH. — *Zùr Pathogenèse der puerperalen Eklampsie Centralblatt für gynæk*, 1892, p. 377).

LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. Mémoires publiées par Dugès, Paris 1821-1825.

LARCHER. — De l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse (*Arch. de Méd.* 1859, T. XIII).

LEHMANN. — Hémianopsie bei puerpéral Amaurose (*Berliner Klin. Wochensch*, 21 déc. 1896).

LEMELAND. — *Archives mensuelles d'Obstétrique et Gynécologie* (mai 1912, p. 460).

LEQUEUX. — Pathogénie de l'éclampsie (*Journal Médical Français* 15 janv. 1912).

LETULLE. — Etat du cœur des femmes enceintes (*Arch. génér. de Médecine*, 1881).

LIEGEOIS. — Origine intestinale du poison éclamptique (Thèse Lyon, 1911).

LLABADOR. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (Thèse, Alger, 1912).

LOUGE. — Le pouls puerpéral physiologique (Thèse, Paris, 1886).

MACDONALD. — On the bearing of chronic disease of the heart upon prégnancy. (obsté. jounrn. of great Brit., 1877).

MACÉ et GAILLARD. — Hémorragie méningée pendant la grossesse éclampsie sans crises. *Obstétrique*, 1907, p. 160.

MACÉ et PIERRA. — *Bulletin de la Société Obstétricale* (Paris 1905).

MANQUAT. — Traité de thérapeutique, Paris 1905.

MAREY. — La circulation du sang, p. 76-194.

MARTINET. — Pressions artérielles et viscosité sanguine, Paris 1912.

MEYBURG. — *Archiv. für Gyncek.* Berlin, 1877, B XII, Heft II, p. 122.

OPPENHEIM et LŒPER. — Lésions des surrénales dans quelques infections expérimentales aigues (Archives de médecine expérimentale 1901, p. 332).

OSTRCIL. — Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale, (*Sbornick Klinicky*, Prage, 1899).

PAL. — Geffœsskrisen Leipzig 1905, p. 242 (*Semaine Médicale* 1905, p. 414).

PÉLISSIER. — Viscosité du sang chez les gravides (*Archives Mensuelles obstétrique*, nov. 1912, p. 306).

PÉLISSIER. — Thèse de Paris, 1913.

PETER. — Leçons de clinique médicale, Tome II, p. 60.

PFLUGBEIL (Féodor). — Thèse Leipzig, 1903.

PICARD. — CR. Académie des Sciences, 6 mai 1878.

PINARD. — « Compte-rendu du XIII[e] Congrès international des Sciences Médicales » (*Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, août 1900); *Obstrique*, 1900 ; *Semaine Médicale*, 1900, p. 330.

PINARD. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie*, 10 juil. 1910, p. 324.

PORACK. — Communication au Congrès de 1900.

POTAIN. — Evaluation de la tension artérielle (*Archives de Physiologie*, 1890).

POTOCKI. — *Bulletin Médical*, 1898, p .105.

POTOCKI. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique, Gynécologie, Pédriatrie de Paris*, juillet-octobre 1910, p. 210.

POULIOT. — Accidents qui compliquent les maladies du cœur pendant la grossesse (Thèse, Paris, 1904).

POUSSON et CHAMBRELENT. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, 1[er] sept., p. 561.

QUEIREL. — Tension artérielle et puerpéralité. Leçons Cliniques, tome III, p. 193 (*Annales gynécologie*, 1900, p. 64).

QUEIREL et RAYNAUD. — Tension et puerpéralité XIIIe Congrès International de Médecine, Paris, août 1900 (*Obstétrique*, 15 oct. 1906).

REINECKE. — *Munich Médical Wochenchr*, 30 juillet 1907.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique, 5e édition, Paris.

RICHAUD. — Précis de Thérapeutique et Pharmacologie, p. 855.

ROGER et JOSUÉ. — Poisons intestinaux (*Journal de Physiologie et Pathologie générale*, 1906).

ROULLIER. — Thèse de Paris, 1912.

J. ROUVIER. — Du traitement de l'éclampsie puerpérale (Archives de thérapeutique, 1er mars 1907).

J. ROUVIER. — Traitement de l'éclampsie par la morphine les grands lavages et l'helmitol (Communication faite à la Société d'Obstétrique de Paris, 15 mars 1911).

J. ROUVIER. — Valeur séméiologique de l'hypertension artérielle survenant brusquement au cours de la convalescence de l'éclampsie anté-partum (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Réunion d'Alger, séance du 14 déc. 1912, page 48).

J ROUVIER. — Traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphine et ses adjuvants, à la Maternité d'Alger (Archives Mens. d'Obstét. et de Gynécol., juin 1913, pages 533-564).

J. ROUVIER et LAFFONT. — Eclampsie et morphine (*Presse Médicale*, 1900, 1er juin).

SARATOFF. — De l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain (Thèse Paris, 1898).

SAVELLI. — Thèse de Montpellier, 1903.

SAVIOLLI et PEZZOLINI. — Archives italiennes de biologie, 1902, p. 380.

SCHICKELE. — Archiv. für gynœkologie, t. XCII, p. 374.

SCHMORL. — Path. anat. Untersuchüngen über puerpéralen Eklampsie, Leipzig, 1893.

SCHRŒDER. — Verhandlùng der G. Versammlung des deutschen Gesellschafft für Gynœkologie, Giessen 1901.

SZILI. — Centralbatt für Augen., 1882.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité des accouchements, tome III (Eclampsie).

THEBAULT. — Les albuminuries par suppuration (Thèse, Paris, 1912).

THEUVENY. — Diagnostic clinique des accès éclamptiques (Thèse, Paris, 1903).

VAQUEZ. — Hypertension artérielle dans l'éclampsie puerpérale (Société Médicale des Hôpitaux, 5 février 1904 ; *Obstétrique*, 15 avril 1906 ; *Semaine Médicale*, 1907, p. 125).

VAQUEZ et MILLET. — Le cœur dans la grossesse normale (*Presse Médicale* 1898, p. 61).

VAQUEZ et NOBECOURT. — Pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale (Société Médicale des Hôpitaux, 29 janv. 1897 ; *Semaine Médicale* 1907, p. 125).

VARNIER. — Obstétrique Journalière, p. 175.

VEJAS. — Mitheilungen über der Puls Samml. Klin. Vortr, 1886.

VELDE (Van der). — IIIe Congrès International de Gynécologie et d'obstétrique, Amsterdam, 1899.

VORON et GONNET. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, nov. 1911, p. 513.

WALLICH. — Albuminuries par suppuration (CR. Académie de Médecine, 4 juin 1907).

WALLICH. — Eléments d'obstétrique (Paris, Steinheil, 1910).

WALLICH. — Hypertension gravidique (*Archives Mensuelles d'Obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1912, p. 254).

WALLICH. — Prophylaxie des hémorragies placentaires des albuminuriques et des éclamptiques (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris, 10 juin 1912).

WALLICH. — Hypertension dans certaines hémorragies de la grossesse (CR. Académie de Médecine, 25 juin 1912).

WEIL A. et WILHEM. — Des troubles oculaires chez la femme enceinte dans leurs rapports avec la chlorurémie et l'azotémie gravidique (*Obstétr.* 1911).

WIDAL et JAVAL. — Rétention de l'urée au cours du mal de Bright (*Semaine Médicale*, 5 juillet 1905).

WIDAL et LEMIERRE. — Pathogénie de certains œdèmes brightiques (Société Médicale des Hôpitaux, 12 fév. 1903).

WIESSNER. — *Centralblatt für Gynœkologie*, 4 nov. 1899.

WIESSNER. — Thèse de Leipig, 1903.

WILLIAMS. — Tension artérielle et système nerveux (*Clinec. Journal, Lond.*, 2 oct. 1907).

ZWEIFEL. — Eclampsie Münch. Méd. Woch. 1906, n° 7, n. 297.

Vu :

Le Président,

Dr Jules Rouvier.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 6 juin 1914.

Le Recteur,

E. Ardaillon.

ALGER. — Typographie ADOLPHE JOURDAN. — ALGER

ALGER. — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN. — ALGER